



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Nivel de Burnout de los enfermeros, y sus mecanismos de
afrontamiento, en el Hospital Regional de Huacho - 2006**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres

AUTOR

Yulissa Novali Collantes Vílchez

LIMA – PERÚ
2009

**Nivel de Burnout de los Enfermeros, y sus Mecanismos
de Afrontamiento, en el Hospital Regional
De Huacho- 2006**

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia por haber sido el empuje en mi carrera profesional

Agradezco a los profesores de la especialidad por haber impartido sus enseñanzas con nosotros.

Y un agradecimiento especial a mi abuela Victoria Jaime por apoyarme a lo largo de mi profesión

GRACIAS

DEDICATORIA

ESTA INVESTIGACION ESTA DEDICADA A
MI HIJA FERNANDA PADILLA POR SER LA
LUZ QUE GUIA MI CAMINO. Y MI BEBE
QUE ESTA POR VENIR AL MUNDO

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. EL PROBLEMA

A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema.....	.
Formulación del Problema de Investigación.....	
C. Justificación.....	
D. Objetivos Generales y Específicos.....	
E. Propósito.....	
F. Marco teórico.....	
F1. Antecedentes (Revisión de la Literatura).....	
F2. Base Teórica.....	
1.1.ASPECTOS TEÓRICOS CONCEPTUALES SOBRE EL	
SÍNDROME DE BURNOUT.	
1.2.CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL SÍNDROME DE	
DESGASTE PROFESIONAL O BURNOUT	
1.2.1. Agotamiento Emocional.	
1.2.2. La despersonalización.	
1.2.3. Sentimientos de inadecuación profesional.	
1.3. ESTADÍOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.	
1.3.1. Primer estadio.	
1.3.2. Segundo estadio	
1.3.3. Tercer estadio.	
1.4. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	
1.4.1. Es insidioso	
1.4.2. Se tiende a negar	
1.4.3. Existe una fase irreversible	
1.5. DETERMINANTES DEL SÍNDROME	

- 1.5.1. Entorno socio-profesional
- 1.5.2. Nivel organizacional
- 1.5.3. Relaciones interpersonales
- 1.5.4. Nivel individual
- 1.5.5. Marco contextualizado del estrés laboral
- 1.5.6. Desarrollo del Proceso del *Burnout* y modelos explicativos
- 1.5.7. Un modelo estructural sobre la etiología y el proceso del síndrome Considerando antecedentes de nivel personal, interpersonal y organizacional.
- 1.6. DESENCADENANTES Y FACILITADORES DEL *BURNOUT*
 - 1.6.1. Desencadenantes
 - 1.6.1.1. Ambiente físico y contenido del puesto
 - 1.6.1.2. Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.
 - 1.6.1.3. Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales
 - 1.6.1.4. Fuentes extra organizacionales: relación trabajo-familia
 - 1.6.2. Facilitadores
 - 1.6.2.1. Variables de carácter demográfico
 - 1.6.2.2. Variables de personalidad
 - 1.6.2.3. Estrategias de afrontamiento
 - 1.6.2.4. Apoyo social en el trabajo
- 1.7. CONSECUENCIAS DEL BURNOUT
 - 1.1.1. Consecuencias para el individuo
 - 1.1.2. Consecuencias para la organización
- 1.8. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y AFRONTAMIENTO

- 1.8.1. Concepto de afrontamiento
- 1.8.2. Estrategias de afrontamiento
- 1.8.3. Estrategias individuales
- 1.8.4. Estrategias de carácter interpersonal y grupal
- 1.8.5. Estrategias organizacionales para la prevención del Burnout.
- 1.9. LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, UN GRUPO DE RIESGO
 - 1.9.1. La organización en el sistema sanitario
 - 1.9.2. La problemática profesional
 - 1.9.3. El usuario del sistema
- 1.10. AFRONTAMIENTO AL SINDROME DE BURNOUT
 - 1.10.1. El afrontamiento Aproximativo
 - Aproximación cognitiva
 - Aproximación instrumental
 - Aproximación afectiva
 -
 - 1.10.2. El afrontamiento Evitativo
 - Evitación cognitiva
 - Evitación afectiva
 - Evitación instrumental

G. Hipótesis.....

H. Definición Operacional de Términos.....

I. Operacionalización de Variables.....

CAPITULO II. MATERIAL Y MÉTODO

A. Tipo, Nivel y Método.....

B. Área de Estudio.....

C. Población y Muestra.....

D. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos Validez y Confiabilidad).....

E. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos.....

F. Plan de Análisis e Interpretación de Datos.....	
G. Consideraciones Éticas.....	

CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. Presentación, Análisis e Interpretación de Datos.

CAPITULO IV. CONCLUSIONES RECOMENDACIONES LIMITACIONES.

A. Conclusiones

B. Recomendaciones

C. Limitaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A. BIBLIOGRAFÍA.....

B. ANEXOS

Instrumento de recolección de datos.

Consentimiento informado.

Determinación del tamaño de muestra, valides y confiabilidad del
instrumento

ÍNDICE DE GRAFICOS

- A. **GRAFICO Nº1** Nivel de Síndrome de Burnout en Enfermeros de los servicios de Emergencia y Medicina del Hospital General de Huacho. Enero 2007.
- B. **GRAFICO Nº 2** Nivel de Síndrome de Burnout en Enfermeros según areas de trabajo en el hospital Regional de Huacho- Perú. Enero 2007.
- C. **GRAFICO Nº 3** Mecanismos de Afrontamiento Aproximativo utilizado por los Enfermeros en el hospital Regional de Huacho-Perú. Enero 2007.
- D. **GRAFICO Nº 4** Mecanismos de Afrontamiento Evitativo utilizado por los Enfermeros en el hospital Regional de Huacho- Perú. Enero 2007.
- E. **GRAFICO Nº5** Mecanismos de Afrontamiento utilizado por los Enfermeros en el Servicio de Emergencia del hospital Regional de Huacho- Perú. Enero 2007.
- F. **GRAFICO Nº6** Mecanismos de Afrontamiento utilizado por los Enfermeros en el Servicio de Medicina del hospital Regional de Huacho- Perú. Enero 2007.

INDICE DE ANEXOS

ANEXOS

Formulario “A”:

La Escala de Valoración de Maslach Burnout Inventory (MB)

Formulario “B”:

Escala de afrontamiento frente al estrés (ACS, Frydenberg, E. y Lewis,
R.

1996),.....

Formulario “C”:

Carta de Consentimiento Informado.....

INTRODUCCIÓN

El concepto *burnout* (quemarse por el trabajo) surge en Estados Unidos a mediados de la década de los años setenta con Freudenberguer (1974) (1), y explica el deterioro en la atención de las organizaciones de servicios de voluntariado, sanitaristas, de servicios sociales y educativos. Más tarde lo define como el resultado de desgastarse por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables (2). El síndrome de quemarse es pues una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como el encontrarse emocionalmente agotado. (1)

Maslach y Jackson (2) definen el síndrome de quemarse como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad. En esta definición se entiende por agotamiento emocional aquel trabajador que siente que ya no puede dar más a nivel afectivo

Experiencia de estar emocionalmente agotado. La despersonalización es el desarrollo de pensamientos negativos, además de un endurecimiento afectivo y la realización personal se define como una auto-evaluación negativa, se sienten descontentos consigo mismos.

Los agentes psicosociales, por su parte, pueden ser definidos como elementos externos que afectan la relación de la persona con su grupo y cuya presencia o ausencia puede producir daño en el equilibrio psicológico del individuo. (3)

La mayoría de estudios que detectaron el síndrome de quemado *burnout* se han realizado en trabajadores que ofrecen algún tipo de servicio (maestros, policías, enfermeras, doctores). En el hospital Regional de Huacho se observa que el personal de enfermería tiene actitudes que nos pueden hacer pensar que el profesional de salud esta sufriendo el síndrome.

Con el objetivo de determinar los niveles del síndrome de Quemado, y sus mecanismos de afrontamiento para la resolución de problemas predisposiciones personales, para hacer frente a las diferentes situaciones, siendo éstas las que determinan las estrategias y su estabilidad temporal y situacional. Tiene como propósito brindar estrategias de adaptación ante eventos y condiciones estresantes que confronta el profesional de enfermería en todas las esferas biopsicosociales y este puede tener consecuencias que inciden en el deterioro inminente de salud.

El estudio consta de tres capítulos. Sobre el problema en el Capítulo I se presenta el Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema, Formulación del Problema de Investigación, Justificación, Objetivos Generales y Específicos, Propósito Marco teórico, Antecedentes, Base Teórica Hipótesis Definición Operacional de Términos, Operacionalización de Variables. Referente a material y métodos se incluye en el Capítulo II, Tipo, Nivel y Método Área de Estudio Población y Muestra, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos Validez y Confiabilidad ,Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos, Plan de Análisis e Interpretación de Datos, Consideraciones Éticas , el Capítulo III, Resultados y discusión, Capítulo IV. Conclusiones recomendaciones limitaciones.

y finalmente se presentan las Referencias bibliográficas, la bibliografía y los anexos correspondientes (Instrumento de recolección).

CAPITULO I

EL PROBLEMA.

A. Planteamiento del Problema, Delimitación y Origen del Problema.

En los últimos años los procesos de globalización han generado una serie de demandas sobre todo en las formas de trabajo en todos los grupos ocupacionales lo que ha llevado a incrementar los niveles de estrés. El estrés puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. Esta reacción de estrés incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables), de las cuáles las más importantes son: la ansiedad, la ira y la depresión. (4).

El término Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, que se incrementa cuando están catalogadas como ayuda (médicos, enfermeros, profesores), y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis. El término

Burnout es descrito originalmente en 1974 por Fredeunberger aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome. Los elementos que se revelan como mas característicos serán el cansancio emocional, (CE) caracterizado por la perdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.; la despersonalización (DP) manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y perdida de motivación hacia el trabajo; y la incompetencia personal (falta de realización personal) (FRP) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. (5)

Actualmente se está investigando mucho sobre todos los temas que pueden afectar al rendimiento en el trabajo de cualquier profesional en su actividad laboral. (6)

Dentro del campo de la salud, los profesionales de enfermería son los que más actividades abarcan, y el estrés es un factor importante que puede afectar su rendimiento. Por ello, debe ser estudiado y tratado, sentando bases para su solución. El estrés se ha definido como "presión ambiental y respuesta fisiológica prolongada e intensificada del organismo. Igualmente, en 1984 Lazarus y Folfman lo definen como "una relación transaccional entre la persona y el ambiente evaluada por el individuo como que excede sus posibilidades y recursos para afrontarla". (7)

Algunos autores, Gil-Monte, 2001, encuentran una relación con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning. 2002,

encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.(8)

Enfermería, tiene como papel esencial gestionar y brindar cuidados a paciente, familia y comunidad de forma holística. Pero al realizar la práctica profesional intrahospitalaria se detecta una incongruencia entre lo teórico y lo real, pues se observa a la enfermera, durante la mayor parte del tiempo, realizando múltiples labores. El énfasis, por tanto, de la atención de enfermería no está en el proceso salud-enfermedad sino en el Bienestar integral de la persona, de la familia y la población y en la Calidad de vida de ellos. La enfermedad es sólo un evento negativo en el proceso de la vida y, aunque la afecta de diversas maneras, no constituye una situación permanente durante toda la vida de las personas, ni es el flagelo que azota constantemente la vida familiar y colectiva. (Perdomo, 1991).

Por lo dicho anteriormente el personal de enfermería es el motor del cambio, la atención de enfermería y la calidad de ella no puede estar limitada por actitudes personales o prejuicios. No obstante, si la naturaleza del problema de salud y el procedimiento a utilizar para resolverlo están en conflicto con las convicciones religiosas, morales o éticas del Enfermero (a) puede abstenerse de desempeñar determinadas tareas, siempre que informe oportunamente a su superior jerárquico, para asegurar la atención del enfermo. Si en forma circunstancial o de emergencia debe participar, tiene la obligación de dar la mejor atención posible. "Convenio sobre Personal de Enfermería 1977", adoptado en la 63ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra, Junio 1983. (9)

Es muy importante para las instituciones detectar y conocer si el recurso humano se encuentra afectado por el Síndrome de Burnout para implementar programas de prevención y tratamiento temprano ya que genera situación es de riesgo para el trabajador y para la organización en la que éste trabaja. Entre las consecuencias laborales del Burnout se destacan: Disminución de la satisfacción, del interés, de la motivación, del compromiso, del rendimiento, de la calidad de servicio y de la productividad, Aumento del ausentismo, de la rotación de los accidentes y errores, Clima laboral hostil con relaciones interpersonales pobres y conflictivas, falta de cooperación y apoyo, Incumplimiento y retraso en el horario y las tareas, Abandono real o manifiesto del puesto de trabajo, .Pedido anticipado de jubilación, Cambio de profesión.(10)

En el hospital Regional de Huacho se observa al personal de enfermería que atienden a un gran numero de pacientes con enfermedades complejas que muchas veces no pueden ser resueltas en el hospital y tienen que ser trasladados sus condiciones de trabajo están lejos de las expectativas del personal de enfermaría lo que se ha podido constatar mediante la entrevista, casi la mayoría es personal contratado el cual no cuenta con los beneficios del personal nombrado, sus salarios son bajos por lo cual no pueden realizar estudios de post grado y lograr un estatus y adelanto para la carrera, muchos tiene otro trabajo por lo que les falta tiempo para estar con su familia todos estos acontecimientos hacen al personal vulnerable a sufrir síndrome de burnout.. Entre los pasillos se escucha “Estoy cansado” “a que hora terminara mi turno” “Estoy piñoso” “por favor espere afuera estamos trabajando” (haciendo gestos de molestia a los familiares de los pacientes. Todos estos sentimientos confunden al paciente y muchas veces califican al enfermero como renegón,

malo, sin sentimientos y que da una atención inadecuada y prefieren la atención medica.

La salud de los enfermeros es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran los cuidados específicos de enfermería.

El análisis de esta temática como línea de investigación muestra la importancia del estudio de este síndrome para trazar estrategias de intervención que posibilite elevar la calidad de la atención de enfermería, la satisfacción de los pacientes y la preservación de la calidad de la vida laboral de estos profesionales.

En algunos estudios se señala que el 45% de personas de diferentes profesiones sufren el síndrome de burnout, en el estudio de Maslach y Jackson del 20 al 35% de enfermeras sufren el síndrome, y en otro estudio se concluye que el 17% de enfermeras sufre de Burnout. Y otro estudio reporta que este síndrome esta presente en el área de trabajo y es una causa importante de desmotivación y aumento de conflictos interpersonales.

Dicha situación ha generado las siguientes interrogantes, ¿Cuales son los niveles de burnout del personal de enfermería del Hospital regional? ¿Cuales son sus mecanismos de afrontamiento?

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cual es el Nivel de Síndrome de Burnout que Presentan los Enfermeros y Cuales son sus Mecanismos de Afrontamiento, que Utilizan los Enfermeros en el Hospital Regional de Huacho- 2006?

C. JUSTIFICACIÓN

En el personal de enfermería el síndrome de Burnout es una patología frecuente y emergente en la actualidad según estudios anteriores su importancia y presencia repercute en el área laboral tales como la presencia de fuerte tensión en el trabajo e insatisfacción laboral.

El siguiente estudio servirá para medir el nivel de Burnout que presentan los enfermeros de los servicios de emergencia y medicina del Hospital Regional de Huacho y si utilizan los mecanismos de afrontamiento adecuados así de esta manera realizar un diagnostico oportuno a los enfermeros que están en riesgo de sufrir el síndrome o a los que ya lo padecen tratar de que conozcan y utilicen, los mecanismos de afrontamiento dado que la labor que realizan es de contacto diario con el paciente por lo cual la atención que brindan estos profesionales tiene que calidad y con calidez teniendo en cuenta a la persona como un ente Biopsicosocial.

Por todo esto la enfermera tiene que tener la capacidad de afrontar y tener niveles de estrés adecuados para poder ayudar al los demás.

Por lo mismo este trabajo brinda un aporte teórico a los profesionales de enfermería para enriquecer sus conocimientos e identificar el riesgo ocupacional al que esta sometido el profesional de salud. Y poder otorgar asesoría adecuada a quienes lo padecen. Así mismo en el campo metodológico sirve como soporte para otras investigaciones posteriores.

Esta investigación busca también aportar a la practica de enfermería con políticas de salud que formen parte de un programa, destinado a prevenir el síndrome de Burnout y promover estrategias de

afrontamiento fundamentales que faciliten la disminución de los niveles del síndrome de Burnout durante el tiempo de servicio asistencial.

D. OBJETIVOS Y PROPÓSITOS:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de Síndrome de Burnout que presentan los enfermeros y sus mecanismos de afrontamiento utilizados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de Síndrome de Burnout de los Enfermeros que laboran en el servicio de Emergencia.
- Identificar el nivel de Síndrome de Burnout de los Enfermeros que laboran en el servicio de Medicina.
- Identificar mecanismos de afrontamiento que utilizan los enfermeros del servicio de Emergencia.
- Identificar mecanismos de afrontamiento que utilizan los enfermeros del servicio de Medicina.
- Identificar si los Mecanismos de Afrontamiento Utilizados son los Adecuados.

E. PROPÓSITO

El siguiente trabajo de investigación tiene como propósito brindar estrategias de adaptación ante eventos y condiciones estresantes que confronta el profesional de enfermería en todas las esferas

biopsicosociales y este puede tener consecuencias que inciden en el deterioro inminente de salud, el propósito de este trabajo es crear un programa destinado a prevenir el Síndrome de Burnout y la formulación de estrategias orientadas a fortalecer los mecanismos a nivel intrapersonal e interpersonal para afrontar problemas o situaciones estresantes; así como la implementación de talleres sobre el manejo del estrés que le permita mejorar la calidad de vida y la atención que brinda al usuario.

F. MARCO TEÓRICO

F1. ANTECEDENTES (REVISIÓN DE LA LITERATURA)

María Elena Rendulich Talavera, Realizo un estudio de título “Síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud – Arequipa” en Lima en el año 2002 con el objetivo de estudiar a Los trabajadores en el ejercicio de sus funciones laborales, están expuestos a una serie de agentes estresores, los mismos que pueden ser absorbidos en un estado de adaptación o pueden generar procesos de mala adaptación como el síndrome de desgaste profesional. El trabajo se realizó con el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital. El utilizo método descriptivo se uso como instrumento de medición el cuestionario de Maslach Burnout, Inventory (MBI) que tipifica el desgaste profesional en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal, cada uno de ellos en tres grados: bajo, moderado y alto.

“Se encontró que de 63 personas encuestadas, 31 49.21 por ciento presentan el síndrome de desgaste profesional distribuidos de acuerdo a los siguiente: agotamiento emocional, 13 despersonalización 1, sólo falta de realización personal 2; con agotamiento emocional y despersonalización 4, con agotamiento emocional y falta de realización personal 1, con despersonalización y falta de realización persona 7 en enfermeras y técnicos de enfermería. Al estudiar la correlación entre desgaste profesional y las variables, sexo, estado civil, edad, años de servicio, cargo y condición laboral se encontró que el sexo tiene significancia en la dimensión de agotamiento emocional; ninguna otra de las variables tiene determinación sobre el desarrollo del síndrome de desgaste profesional por lo que este sería indiferente a las variables estudiadas a excepción del sexo. Se puede dar en cualquier condición, es una respuesta individual o personal”(11)

Arauco Orellana, Gladis; Enciso Vásquez, Jacqueline;y colaboradores , realizaron el siguiente estudio de investigación titulado Factores sociodemográficos y síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2004. Realizado en Lima en el año 2004, El objetivo del presente estudio es determinar la presencia de factores sociodemográficos relacionados con Síndrome de Burnout. Se utilizó el método cuantitativo - descriptivo de corte transversal. La muestra fue de cincuenta y dos enfermeras entre los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Para describir los factores sociodemográficos se elaboró un cuestionario basado en el área personal, laboral y social del profesional de enfermería. Para medir Síndrome de Burnout se utilizó el cuestionario de Maslach a través de las subescalas de valoración: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

“Entre los resultados se encontró que del 100 por ciento de la muestra (52 enfermeras) únicamente cinco presentaron Síndrome de Burnout, de las cuales una Enfermera presenta nivel y cuarto nivel bajo. Con relación a la variable sociodemográfica que influye significativamente en el Síndrome de Burnout son turnos de trabajo, actividades en tiempo libres y servicio donde labora. Los niveles identificados son altos y bajos para el grupo de enfermeras con Síndrome de Burnout. El 90.38 por ciento de enfermeras es posible que se encuentren en etapa de instalación del Síndrome”. (12)

Carolina Aranda Beltrán, Manuel Pando Moreno, José G. y colab realizaron un estudio de investigación titulado “Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México realizado en Guadalajara México en el año 2004. El objetivo del estudio fue el de determinar la prevalencia de Burnout, las manifestaciones clínicas y la relación entre ellas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Para analizar lo propuesto se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, además de la escala de Maslach Burnout Inventory. El estudio es de tipo descriptivo y transversal. Se tomó en cuenta la población total de médicos familiares que laboran para el Instituto Mexicano del Seguro Social de la Zona Metropolitana de Guadalajara, compuesta por 835 sujetos.

“La prevalencia encontrada sobre el síndrome de Burnout en los médicos familiares fue del 42,3 %. El 64,8 % (81 sujetos) se manifestó enfermo. Las enfermedades más frecuentes fueron las músculo-esqueléticas (20 %), las respiratorias (19,2 %), las gastrointestinales (18,3 %) y las psicológicas (15,2 %). Se encontró relación entre casi todos los reactivos del cuestionario con las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas, pero las dimensiones que se comportaron

como factor de riesgo hacia la enfermedad fue principalmente el agotamiento emocional. En este estudio podemos observar que la prevalencias del síndrome de Burnout son más elevadas En su estudio con médicos de familia reportan del 12,4 %. Las cifras prevalentes de estudios más actuales reportan hasta el 30 % de profesionales de la salud que padecen de dicho síndrome.¹⁶ En nuestro estudio el 42,3 % de los médicos familiares que laboran en el IMSS se encuentran, "quemados", agotados física y emocionalmente, lo que significa que el síndrome de Burnout está presente en ellos. Las consecuencias en salud reportadas en los pocos estudios que encontramos son similares en algunos casos”(13)

Francisco Javier Carmona Monje, Luis Javier Sanz Rodríguez y otros, en el año 2000, en España, realizaron una investigación titulada: “Síndrome de Burnout y reactividad al estrés en una muestra de profesionales de enfermería de una unidad de cuidados Intensivos”. El objetivo de este estudio fue; conocer si existe relación significativa entre las diferentes variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, tener o no tener hijos y tiempo en su actual puesto de trabajo), determinar las relaciones entre el síndrome de Burnout y los diferentes tipos de respuesta ante el estrés (cognitiva, conductual, vegetativa y emocional) que puedan manifestar los sujetos. El método que utilizó fue un diseño Cuasi - experimental expost- facto retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 30 personas. El instrumento que utilizó fue el Inventario de Maslach Burnout Inventory (MB1), y el “Inventario de Respuestas de Ansiedad”. Las conclusiones fueron entre otros:

“Que de los 98 cuestionarios entregados fueron devueltos 30 a los investigadores, lo que supone unos porcentajes de respuestas del 30.61%. Se pudo determinar en las posibles diferencias en los niveles de las dimensiones del MBI en

relación a las variables sociodemográficas, es la edad de los sujetos y el resto varía. También se pudo determinar en dicha investigación la correlación que hay entre dimensiones del inventario de inadecuación profesional. La antigüedad en el puesto actual constituye un seguro contra la sensación de inadecuación profesional.”(14)

Juana Durand, Tula Espinoza, y colaboradores, realizaron un estudio de investigación titulado “Nivel de estrés en enfermeras en hospitales nacionales de Lima Metropolitana en el 2002, en Lima. El objetivo fue, determinar el nivel de estrés en enfermeras de hospitales nacionales de Lima, identificar los factores generadores del estrés y los mecanismos de afronte utilizados y establecer la repercusión del estrés de las enfermeras en el cuidado de enfermería. El método fue descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 52 enfermeras asistenciales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, medicina y cirugía de los hospitales nacionales. El instrumento fue el Test de Burnout y un formulario tipo cuestionario, la técnica fue la encuesta siendo una conclusión entre otros:

“Existe un porcentaje considerable de enfermeras en los hospitales nacionales que tiene un nivel de estrés manejable que se evidencia es su falta de entusiasmo en sus labores diarias, cansancio, conductas evasivas y/o se desahoga llorando o hablando con amigo, influyendo de manera considerable en el cuidado que brinda al usuario y familia “.(15)

El aporte de los trabajos de investigación citados anteriormente indica la prevalencia, incidencia, como varia según el tipo de profesional, la edad. Sexo, antigüedad laboral y diferentes factores que intervienen en los niveles de Burnout, y como va a

afectar la vida profesional de las personas afectándolos tanto psicológicamente como fisiológicamente, en la mayoría de estudios son de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal y en los cuales se ha utilizado como instrumento la escala de Maslach, de los estudios realizados la conclusión principal es que el síndrome de burnout altera la capacidad del ser humano para desarrollarse adecuadamente y brindar una atención de calidad y con calidez.

F.2 BASE TEÓRICA.

2. Aspectos Teóricos Conceptuales Sobre el Síndrome de Burnout.

Se lo denomina, Síndrome de Desgaste Profesional, Depresión por Agotamiento, Síndrome de Quemarse en el Trabajo o del Trabajador Quemado. El término Inglés “Burnout”, alude a estar fundido, quemado, agotado, gastado, fatigado, exhausto, consumido, apagado.(16)

El síndrome refiere a un estado de deterioro o agotamiento producido por una demanda excesiva de los recursos físicos y emocionales del sujeto por una tarea laboral, particularmente las que implican relaciones interpersonales e intensas y continuas determinando que el trabajador se encuentre desbordado y sienta agotada su capacidad de reacción. A diferencia del estrés y la crisis, el Burnout, no siempre es reconocido por quien lo padece.

Según el **Dr. Rozados** Burnout fue utilizado por primera vez por el psicólogo clínico Herbert Freudenberger para definir el desgaste

extremo de un empleado. Luego, lo adoptaron los sindicatos y abogados como elemento de ayuda para mencionar los problemas físicos generados por un grado de agotamiento excesivo. En la actualidad es una de las causas más importante de incapacidad laboral. Su origen estaba centrado en los profesionales de la salud. Pero no sólo las personas recargadas de tareas o responsabilidad son las que sufren un excesivo estrés. "Tener una vida sin motivaciones, sin proyectos, o pasar por una etapa de desocupación puede provocar el mismo desenlace" comenta el especialista. Los síntomas son iguales en ambos casos: falta de autoestima, irritabilidad, nerviosismo, insomnio y crisis de ansiedad entre otros.

Es muy importante para las instituciones detectar y conocer si el recurso humano se encuentra afectado por el Síndrome de Burnout para implementar programas de prevención y tratamiento temprano ya que genera situación es de riesgo para el trabajador y para la organización en la que éste trabaja.(17)

En el ámbito de la salud, surgió en 1974 con **Herbert Freudenberger**, psiquiatra de Nueva York, especialista en atención de toxicómanos, quien observando a los voluntarios y a jóvenes colegas que al poco tiempo de trabajar presentaban pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, disminución de la motivación, síntomas de ansiedad, depresión, trato distante y agresivo con los pacientes.(18)

Años mas tarde, **Cristine Maslach**, psicóloga social, al estudiar las respuestas emocionales de los profesores de asistencia, hablo de "sobrecarga emocional y consideró que denominarlo Burnout era

menos estigmatizador que utilizar diagnósticos psiquiátricos. Tanto la descripción del síndrome como las estrategias para su prevención fueron difundidas ampliamente en la bibliografía médica.(19)

Desde una perspectiva clínica representada por **Freudenberguer**,(20) el Burnout hace alusión a una experiencia de agotamiento, decepción, pérdida de interés por la actividad laboral como resultado de la pérdida del idealismo y frustración de las expectativas profesionales, lo define como **“un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a un a causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo”**, reconociendo que el fracaso en la búsqueda de un sentido existencial en el trabajo es la causa básica de un compromiso inicial excesivo y de la ulterior deserción, mientras que **Pines y Aron** son en 1988 dicen que “el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por involucrarse tiempo prolongado en situaciones laborales emocionalmente demandantes”. desde 1976, los cuales operativizan el constructo al idear el *Maslach Burnout inventory* (MBI) en 1981, un cuestionario operativo específico para interpretar los diferentes niveles de *burnout*. Aunque su traducción al castellano ha sido diversa (desmoralización, agotamiento o desgaste profesional), los rasgos definidores del constructo se han ido agrupando en un conjunto de síntomas y signos que configuran el *Síndrome de Desgaste Profesional o Burnout*, cuya característica esencial es el agotamiento emocional y escepticismo que se manifiestan entre los profesionales en el ejercicio de su actividad laboral, cuando ésta se realiza en el campo de los servicios humanos o en las denominadas

profesiones de ayuda ejemplo (las relacionadas con la salud, la enseñanza, abogacía, seguridad pública, etc.)(21)

3. Características esenciales del síndrome de desgaste profesional o *Burnout*

Los rasgos definitorios del Síndrome de Desgaste Profesional proceden de los trabajos de Maslach y Jackson, quienes consideran tres componentes esenciales:

3.1. Agotamiento Emocional:

Desgaste, cansancio o fatiga, que se puede manifestar física y/o psíquicamente, implicando una disminución o pérdida de los recursos emocionales y personales, junto a la sensación de no tener que ofrecer mas nada profesionalmente. constituye el elemento central del síndrome y se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, “de no poder dar más de sí”, desde el punto de vista profesional. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud impersonal, deshumanización de las relaciones hacia las personas y miembros del equipo, mostrándose distanciado, a veces cínico y usando etiquetas despectivas o bien en ocasiones tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral. De esta forma intenta aliviar sus tensiones y trata de adaptarse a la situación aunque sea por medio de mecanismos neuróticos.

(22)

3.2. La despersonalización:

Se refiere a una serie de actitudes de aislamiento de la persona que se torna pesimista y negativo, y surgen para protegerse de agotamiento emocional: distanciamiento de los compañeros de trabajo y de los "clientes" que originan una deshumanización de las relaciones, un desprecio cínico del entorno y la tendencia a culpabilizar a los demás de las propias frustraciones laborales. Por último, el profesional puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, originando una tendencia de auto evaluación negativa y a estar insatisfecho con sus logros profesionales.(23)

3.3. Sentimientos de inadecuación profesional:

El sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales (sentimientos de inadecuación profesional) si bien puede surgir el efecto contrario , una sensación paradójica de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses, aumentando su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le requieren exceden de su capacidad para atenderlas debidamente. (24)

Estos tres aspectos están ligados entre sí a través de una relación asimétrica, donde el agotamiento emocional como primer componente conduce a la obtención de los otros dos, la despersonalización y a la auto evaluación negativa. Por

otro lado, este síndrome está considerado como una variable continua, que se extiende desde una presencia de nivel bajo o moderado, hasta altos grados en cuanto a sentimientos experimentados. Además, la progresión no es lineal, más bien es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo. El síndrome de burnout o de agotamiento profesional se considera un proceso continuo y los aspectos indicados pueden estar presentes en mayor o menor grado, siendo su aparición no de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvada, incluso con aumento progresivo de la severidad. Es difícil prever cuándo se va a producir.(25)

4. Estadios Del Síndrome De Burnout

Podemos estratificar el síndrome de burnout en tres estadios que se corresponden con los tres componentes esenciales:

4.1. Primer estadio:

En el que las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos, dándose una situación de estrés. El estrés es un fenómeno clave y fundamental y cada persona presenta sus propios mecanismos para enfrentarse a él.

Hay una serie de factores o situaciones que nos conducen al estrés como el desencanto en el trabajo, exceso de compromiso, responsabilidad y enfrentamiento a situaciones difíciles y un excesivo contacto directo con otros seres humanos. La sintomatología pasa por varias etapas:

- Aparecen síntomas premonitorios como la **hiperactividad**, trabajan más horas sin cobrarlas, sienten que nunca tienen tiempo, manifiestan sentimientos de desengaño.
- Se disminuye el nivel de compromiso, comienza a **deshumanizarse la tarea**, se altera la atención, se tienen aspiraciones excesivas, comienza la pérdida de ilusión, aparecen celos y problemas con el equipo de trabajo.
- Comienzan las reacciones emocionales, sentimientos de **culpa, depresión, agresividad**.
- Se inicia una **desorganización progresiva**, disminuye la capacidad cognitiva, la creatividad, la motivación y disminuye la diferenciación.
- Se instaura la indiferencia en la vida emocional, social y espiritual.
Se manifiestan reacciones psicosomáticas.
- Hace aparición la desesperación, inclinaciones que pueden conducir al suicidio en situaciones de extrema gravedad.(26)

4.2. Segundo estadio:

En la serie de excesos o sobre esfuerzos en los que el sujeto daría una respuesta emocional a ese desajuste, aparecen signos de ansiedad y fatiga. Esta situación exige al sujeto una adaptación psicológica.

4.3. Tercer estadio:

El enfrentamiento defensivo le conduce a un cambio de actitudes frente a lo que le supone una situación laboral intolerable. Esta fase requiere tratamiento adecuado del sujeto en todos sus componentes físicos y psíquicos.

Se observa en las personas afectadas del síndrome una falta de energía y entusiasmo, una disminución del interés por los pacientes, se percibe la frustración, la desmotivación, aparecen los deseos de dejar a un lado el trabajo para ocuparse en otra cosa y sobre todo una gran desmoralización. Se sienten agotados todos los recursos humanos emocionales y no les queda nada que ofrecer a los demás. Comienzan a desarrollar actitudes negativas (aumento del consumo de drogas, alcohol, tabaco, juego, etc.) y se insensibilizan ante los problemas que requieren ayuda. Aparecen frecuentemente los sentimientos de culpa y no son capaces de resolver los problemas. El individuo se siente agotado, hastiado del trabajo, se aleja de la familia y de los amigos y a veces se hunde en la depresión, incluso en casos avanzados en el suicidio, le falta el control sobre sí mismo, y actúa de forma imprevisible. Esto suele ocurrir en personas, como ya dijimos anteriormente, con mayor dedicación, entrega y a los más dispuestos a ayudar a los demás. Según Rozados dice que después de haber pasado por los estadios de burnout la persona evoluciona a cuatro niveles de patologías. (27)

- 4.4. 1er nivel** - Falta de ganas de ir a trabajar. Dolor de espaldas y cuello. Ante la pregunta ¿qué te pasa?, la respuesta es "no sé, no me siento bien"
- 4.5. 2do nivel** - Empieza a molestar la relación con otros. Comienza una sensación de persecución ("todos están en contra mío"), se incrementa el ausentismo y la rotación

- 4.6. 3er nivel** - Disminución notable en la capacidad laboral. Pueden comenzar a aparecer enfermedades psicosomáticas (alergias, soriasis, picos de hipertensión, etc.) En esta etapa se comienza la automedicación, que al principio tiene efecto placebo pero luego requiere de mayor dosis. En este nivel se ha verificado el comienzo de la ingesta alcohólica.
- 4.7. 4to nivel** - Esta etapa se caracteriza por el alcoholismo, drogadicción, intentos de suicidio (en cualquiera de sus formas), suelen aparecer enfermedades graves tales como cáncer, accidentes cardiovasculares, etc. Durante esta etapa, en los períodos previos, se tiende a abandonar el trabajo (hacerse echar).

Como vemos, en cualquiera de los niveles las emociones que se generan son: tensión, ansiedad, miedo, depresión, hostilidad abierta o encubierta. Esto afecta la calidad de las tareas /servicios, se deteriora el trabajo institucional, se potencia la insatisfacción, incrementa el ausentismos, la rotación, así como el agotamiento y las enfermedades.

5. Características Del Síndrome de Burnout:

En general el Síndrome se caracteriza por lo siguiente:

- 5.1. Es insidioso:** Se impregna poco a poco, uno no esta libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona (se sale y se entra). Con frecuencia es difícil establecer hasta que punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y dónde esta la frontera entre una cosa y la otra.

5.2. Se tiende a negar: Ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los que primero lo notan.

5.3. Existe una fase irreversible: Entre un 5% y 10 % de los médicos, el síndrome adquiere tan virulencia que resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia. Originariamente este síndrome se observó en profesionales médicos, y se originó por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticas-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo. Hoy se observa en distintas profesiones y en el hacer organizacional en general. (28)

6. DETERMINANTES DEL SÍNDROME

El estrés, como variable antecedente, en la profesión de enfermería está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. El profesional de enfermería está sometido, en líneas generales, a estresores como escasez de personal, que supone carga laboral, trabajo en turnos rotatorios y la consecuente alteración del biorritmo, trato con usuarios problemáticos, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de rol, etc. En conclusión, la profesión de enfermería, tal como refiere Llor et al. (1995), conlleva, entre otras, tres características, que son factores de riesgo, y que determinan la aparición del síndrome: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de las tareas, que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental, y el trato con la gente en circunstancias de

extrema ansiedad y aflicción. En este sentido, podemos encontrar los antecedentes en las variables del entorno socio-profesional, organizacional, Interpersonales e Individuales, sin que esto presuponga orden de prioridad, y todo ello en el marco contextualizados del estrés laboral.(29)

6.1. *Entorno socio-profesional*

Desde el punto de vista del **entorno socio-profesional** cabe reseñar que, en los últimos años, en la profesión de enfermería ha surgido un nuevo marco que reorienta el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos para tareas y funciones, cambios en los programas de formación de los profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población de los usuarios que requieren redefinir los roles, y aumento en la demanda de servicios de salud por parte de la población. Todo ello ha ocurrido con tanta rapidez que no ha podido ser asumido por la totalidad de los profesionales, máxime cuando no está definido el propio desarrollo de la carrera profesional.(30)

6.2. *Nivel organizacional*

En el **nivel organizacional**, destaca el desarrollo de la actividad en organizaciones estructuradas bajo un esquema de burocracia profesionalizada, que basan su coordinación en la estandarización de las habilidades de sus miembros. Los profesionales, capacitados para el desarrollo de su actividad, gozan de una cierta independencia y control sobre la misma, que en el caso de la enfermería pasa por conjugar

de una forma equilibrada las relaciones con el colectivo médico en lo referente a la gestión de las acciones cuidadoras dependientes y autónomas. Todo ello puede llevar a la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol. Otra variable importante que se da en este contexto, pero también fundamentada en las relaciones interpersonales, es la socialización laboral, a la que se refiere Peiró (1986) como “el proceso mediante el cual el nuevo miembro aprende la escala de valores, las normas y las pautas de conducta exigidas por la organización a la que se incorpora”. Ello quiere decir que las actitudes y sentimientos del propio síndrome de *burnout* pueden ser transmitidas entre los profesionales a través del mecanismo de modelado o aprendizaje por observación durante el proceso de socialización laboral.(31)

6.3. Relaciones interpersonales

Las **relaciones interpersonales**, sobre todo con los usuarios y los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas van a aumentar los sentimientos de *burnout*. Por otro lado, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o de la dirección o administración de la organización, la excesiva identificación con los usuarios, y los conflictos interpersonales con estos y sus familiares, tienen también una importante incidencia en la aparición del síndrome.(32)

6.4. Nivel individual

Las características de personalidad, a **nivel del individuo**, van a ser una variable a considerar con relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de “quemarse”. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo, en un amplio segmento de la enfermería, les llevan a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y entienden como un reto personal la solución de los problemas de estos, por lo que se sentirán culpables de los fallos propios y ajenos, lo que redundará en sentimientos de baja realización personal en el trabajo. Si la enfermera no encuentra estrategias de afrontamiento efectivas, puede generar sentimientos de frustración e incluso culpar al usuario del fracaso personal.(33)

6.5. Marco contextualizado del estrés laboral

Una vez vistas las variables descritas y que determinan el marco de interacción, podemos plantear que el *burnout* debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el profesional. Se comporta como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias o efectos a largo plazo, por lo que sería un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias antes de desembocar en alteraciones nocivas para la salud del individuo y para la organización.

Desde los modelos transaccionales Peiró y Salvador (1993) entienden el estrés como un desequilibrio sustancial percibido entre las demandas del medio o de la propia persona y la capacidad de respuesta del individuo.(34)

Según Gil-Monte y Peiró (1997), el rol de enfermería genera bastante incertidumbre, ya que los profesionales experimentan dudas con relativa frecuencia sobre hasta qué punto deben implicarse con los pacientes, sobre como tratar sus problemas, e inseguridad sobre si están haciendo las cosas de manera adecuada. Por otro lado, los pacientes, al igual que la familia, suelen estar ansiosos y preocupados, y la interacción con ellos no resulta recompensante.(35) Junto a estas situaciones también existen una serie de variables que no pueden ser controladas por las enfermeras:

- ☞ La cooperación de los pacientes y su recuperación o muerte.
- ☞ Las decisiones médicas y administrativas.
- ☞ Los procedimientos burocráticos.
- ☞ La falta de apoyo social.
- ☞ Los conflictos con los médicos y los compañeros.

Con relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, los profesionales de enfermería no suelen buscar apoyo social en situaciones de estrés, evitando la presencia de los compañeros por miedo a ser criticados o tachados de incompetentes. Los autores destacan que los procesos de afiliación social llevarían también a situaciones de contagio del síndrome.

Asimismo, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de *burnout* está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del sujeto o intensidad de la respuesta a estímulos internos o externos, y por la orientación en el intercambio (reciprocidad, recompensa inmediata, no aceptar favores que hipotequen la conducta).

Finalmente, el síndrome tiene un doble componente: emocional y actitudinal. El emocional está integrado, lógicamente, por los sentimientos de agotamiento emocional y el actitudinal por los sentimientos de despersonalización y de baja realización personal en el trabajo.

Por otro lado, los planteamientos basados en la teoría **organizacional** ponen el énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento, y entiende el burnout como una respuesta al estrés laboral.(36) Como variable que influye en la etiología consideran:

- La estructura organizacional.
- El clima organizacional.
- Las disfunciones de rol.
- El apoyo social percibido.

6.6. DESARROLLO DEL PROCESO DEL BURNOUT Y MODELOS EXPLICATIVOS

6.6.1. *Desarrollo del proceso del burnout.*

Con respecto a la concepción del desarrollo del proceso, entre los estudios que abordan el síndrome de *burnout* desde una perspectiva psicosocial se establecen diferencias al considerar el orden secuencial en el que aparecen y se desarrollan los síntomas que lo integran (baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización). Las diferencias radican en el síntoma que presentan como primera respuesta al estrés percibido, en la secuencia de progreso del síndrome a través de los diferentes síntomas, y en la explicación de los mecanismos de carácter cognitivo que emplea el sujeto en el proceso de quemarse. Establecer el desarrollo correcto del proceso de quemarse es necesario para su identificación y prevención, así como para poder desarrollar estrategias adecuadas de intervención. En nuestro caso solo nos referiremos al modelo de desarrollo propuesto por Gil-Monte y Peiró (1997).(37)

Este modelo mantiene que el proceso de desarrollo del *burnout* (síndrome de quemarse por el trabajo) se inicia con la aparición de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las

actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

Este proceso de desarrollo del síndrome se aprecia desde la perspectiva evolutiva de la relación del sujeto con el medio laboral, a través de cuatro etapas diferenciadas:

- Fase de entusiasmo, en la que el trabajador tiene unas expectativas irreales de lo que puede ocurrir.
- Fase de estancamiento: supone una paralización tras la constatación de la realidad de las expectativas y una pérdida del idealismo y entusiasmo iniciales.
- Fase de frustración: constituye el inicio en sí del síndrome y se caracteriza por el cuestionamiento del valor del trabajo en sí mismo y el descenso de la motivación, iniciándose los sentimientos de baja realización personal por el trabajo y agotamiento emocional.
- Fase de apatía: o núcleo central de la instauración del síndrome se caracteriza por indiferencia y falta de interés en la que se establece un sentimiento de vacío total que puede manifestarse en forma de distanciamiento emocional y de desprecio. Es decir, se consolidan los sentimientos de baja realización personal y el agotamiento emocional y

se establece como estrategia negativa de afrontamiento la despersonalización.

6.7. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

Por otro lado, desde que se conceptualizó el *burnout* (Freudenberguer, 1974) se ha intentado dar una explicación al mismo desde muy distintas perspectivas.

El auge que han tomado las organizaciones de prestación de servicios, en las que la calidad de la atención al usuario o cliente es crítica para el éxito de la organización, así como la preocupación por el bienestar psicológico y calidad de vida laboral, ha dejado manifiesta la necesidad de explicar el fenómeno e integrarlo en marcos teóricos que permitieran identificar su etiología de manera satisfactoria. Ello ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos que entienden el síndrome de *burnout* como una respuesta al estrés laboral crónico y que agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de qué procesos los sujetos llegan a sentirse quemados. De entre todos los modelos hemos elegido el de Gil-Monte y col. Al que se refieren como “Modelo estructural sobre la etiología y el proceso del síndrome considerando antecedentes de nivel personal, interpersonal y organizacional”, que veremos más adelante. Previamente, para comprender mejor los planteamientos que lo sustentan daremos una visión sucinta de distintas aportaciones desde los modelos que lo preceden.(38)

Harrison (1983), que mantiene una perspectiva **socio cognitiva**, entiende que los sujetos que trabajan en profesiones de servicios de ayuda tienen un sentimiento elevado de altruismo y que en su entorno laboral encuentran una serie de circunstancias a las que califica como factores de ayuda, cuando facilitan la actividad, o factores barrera cuando la dificultan.

Otra visión a considerar es la que parte de los principios teóricos de la **teoría de la equidad** o de la teoría de la conservación de recursos. La etiología del *burnout* radica en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación cuando establecen relaciones interpersonales. Cuando de manera continuada, los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de *burnout* o quemarse por el trabajo.(39)

Según Gil-Monte y Peiró (1997), el rol de enfermería genera bastante incertidumbre, ya que los profesionales experimentan dudas con relativa frecuencia sobre hasta qué punto deben implicarse con los pacientes, sobre como tratar sus problemas, e inseguridad sobre si están haciendo las cosas de manera adecuada. Por otro lado, los pacientes, al igual que la familia, suelen estar ansiosos y preocupados, y la interacción con ellos no resulta recompensante. Junto a estas situaciones también existen una serie de variables que no pueden ser controladas por las enfermeras:

- La cooperación de los pacientes y su recuperación o muerte.
- Las decisiones médicas y administrativas.
- Los procedimientos burocráticos.
- La falta de apoyo social.
- Los conflictos con los médicos y los compañeros.

Con relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, los profesionales de enfermería no suelen buscar apoyo social en situaciones de estrés, evitando la presencia de los compañeros por miedo a ser criticados o tachados de incompetentes. Los autores destacan que los procesos de afiliación social llevarían también a situaciones de contagio del síndrome. Asimismo, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de *burnout* está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del sujeto o intensidad de la respuesta a estímulos internos o externos, y por la orientación en el intercambio (reciprocidad, recompensa inmediata, no aceptar favores que hipotequen la conducta).

Finalmente, el síndrome tiene un doble componente: emocional y actitudinal. El emocional está integrado, lógicamente, por los sentimientos de agotamiento emocional y el actitudinal por los sentimientos de despersonalización y de baja realización personal en el trabajo.(40)

Por otro lado, los planteamientos basados en la teoría **organizacional** ponen el énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las

estrategias de afrontamiento, y entiende el *burnout* como una respuesta al estrés laboral.(41) Como variable que influye en la etiología consideran:

- La estructura organizacional.
- El clima organizacional.
- Las disfunciones de rol.
- El apoyo social percibido.

6.8. UN MODELO ESTRUCTURAL SOBRE LA ETIOLOGÍA Y EL PROCESO DEL SÍNDROME CONSIDERANDO ANTECEDENTES DE NIVEL PERSONAL, INTERPERSONAL Y ORGANIZACIONAL.

Gil-Monte y Peiró (1997) han elaborado un modelo integrador donde se consideran los diferentes planteamientos vistos hasta ahora, como son:

- La importancia de las variables personales (sentimientos de competencia, la realización por el trabajo, la auto eficiencia y niveles de autoconciencia del sujeto).
- Los procesos de interacción social y sus consecuencias para los profesionales, basada en la percepción de las relaciones equitativas y que estas no supongan ningún tipo de amenaza o pérdida.
- Las variables del entorno laboral, como disfunciones de rol, estructura y clima Organizacional. Así, adoptando un enfoque transaccional, que permite recoger en un modelo el papel que las variables organizacionales, personales y las estrategias de afrontamiento juegan el proceso del estrés laboral, una explicación satisfactoria sobre la etiología del síndrome pasa por considerar la importancia de las variables

cognitivas del “yo” relacionadas directamente con el desempeño laboral (ejemplo. Autoconfianza), el rol de algunas variables del entorno organizacional, como son las disfunciones del rol, el papel de los estresores derivados de las relaciones interpersonales y la importancia de las estrategias de afrontamiento. Desde estas consideraciones, los autores, elaboran un modelo sobre la etiología, proceso y consecuencias del *burnout*. De este modo, refieren, que el síndrome de quemarse por el trabajo puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducirlo. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias de falta de salud y propensión al abandono.(42)

El modelo de Gil-Monte y col. responde, de forma simplificada, a los planteamientos de Al postular que los factores desencadenantes, entre los que se encuentran: el apoyo social en el trabajo, el conflicto de rol, la ambigüedad de rol y la auto confianza, apoyados por los facilitadores del afrontamiento de evitación o centrado en la tarea, producen el síndrome de *burnout* integrado por las tres variables ya descritas, y que a su vez actuaría como mediador en el desarrollo de las variables consecuentes como falta de salud y propensión al abandono.

Como resumen de todo lo anterior, la mayoría de los autores sistematizan el análisis del *burnout* bajo las siguientes características esenciales:

- El desgaste profesional es más un proceso en un continuum temporal progresivo que una condición estática.
- Se entiende como un proceso de respuesta a una situación de estrés laboral crónico.
- Los trabajadores más susceptibles al *burnout* han comenzado su carrera con dedicación idealista a los servicios humanos.
- El *burnout* se limita a trabajadores de profesiones de ayuda, siendo la profesión de enfermería una de las que presenta mayor incidencia.
- Sus componentes esenciales son: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo

Las consecuencias del *burnout* son potencialmente muy serias, por un lado para los profesionales, como veremos más adelante, y por otro para las instituciones u organizaciones de las que dependen, debido al incremento del absentismo laboral, la desmotivación laboral, la ineficacia del trabajo en equipo, etc. En cuanto a la morbilidad, ya hemos hecho referencia al estudio de García Izquierdo sobre la incidencia detectada en el personal de enfermería.

7. DESENCADENANTES Y FACILITADORES DEL *BURNOUT*

Hemos visto sucintamente en la figura anterior los desencadenantes, facilitadores, variables del síndrome y los consecuentes, que veremos a continuación de forma más pormenorizada. El desarrollo del *burnout* puede ser entendido como el resultado de un proceso de interacción mediante el cual el sujeto busca ajustarse a su entorno laboral, y en el que los factores

ambientales son elementos desencadenantes de importancia fundamental, y las variables personales actúan como facilitadoras o inhibidoras.(43)

7.1. DESENCADENANTES

Refiriéndonos a los desencadenantes podemos establecer cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales:

1. Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral.
2. Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.
3. Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.
4. Fuentes extra organizacionales de estrés laboral: relación trabajo-familia.

7.1.1. *Ambiente físico y contenido del puesto*

Por lo que respecta a los estresores englobados en la primera categoría, podemos incluir: nivel de ruido, vibraciones y características de iluminación, temperatura y condiciones climatológicas, condiciones higiénicas, toxicidad de los elementos que se manejan, disponibilidad de espacio físico, etc.; además de las demandas estresantes del puesto como los turnos rotatorios, el trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros o la sobrecarga laboral, junto a las generadas por los contenidos del puesto en los que se incluyen la oportunidad del sujeto para

emplear las habilidades adquiridas, la variedad de tareas que debe realizar, la retroinformación sobre el desempeño o la identidad de las tareas que realiza.(44)

7.1.2. *Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.*

Con relación a la segunda categoría de desencadenantes hemos de considerar que el denominado estrés de rol está integrado básicamente por dos disfunciones del rol: ambigüedad y conflicto de rol. La ambigüedad de rol es el grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo y puede estar producido por un déficit de información. El conflicto de rol ocurre cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias.

Dentro de este mismo apartado se incluyen también los efectos que sobre el *burnout* tienen las relaciones interpersonales, cualitativas o cuantitativas, que los profesionales establecen con los compañeros, supervisores, subordinados y usuarios o clientes, y el desarrollo de la carrera profesional y las posibilidades de promoción.

7.1.3. *Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales*

Considerando los estresores relacionados con las nuevas tecnologías, cabe concluir que estas pueden facilitar o dificultar el desempeño de la tarea dependiendo de cómo el sujeto se ajuste al sistema tecnológico, y consecuentemente presentará una mayor o menor incidencia en la aparición del síndrome de *burnout*. Por otro lado, entre los aspectos organizacionales que pueden incidir en el desarrollo del *burnout* debemos considerar, entre otros, las dimensiones estructurales de la organización (centralización, complejidad y formalización), la falta de participación en la toma de decisiones y la falta de apoyo social percibido.(45)

7.1.4. *Fuentes extraorganizacionales: relación trabajo-familia*

La relación trabajo-familia es otro factor a considerar en tanto que son dos entornos a los que el profesional se siente vinculado y con los que interacciona, por lo que pueden aparecer influencias provenientes de cualquiera de ellos que condicionen la relación con el otro. En este sentido, el propio profesional es el nexo entre ambos elementos, por tanto repercutirán las vivencias, sentimientos, actitudes y conductas que se den en estos medios, como la excesiva dedicación al trabajo,

tensiones y agotamiento, frustraciones y conflictos familiares y laborales, afectos y desafectos, etc.

7.2. FACILITADORES

Gil-Monte y Peiró (1997) identifica como facilitadores del *burnout* aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que estos facilitadores estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido y consecuentemente afectarán al desarrollo del *burnout* en una u otra dirección.

7.2.1. Variables de carácter demográfico

Dentro de este grupo de variables se encuentran: el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión.

7.2.2. Variables de personalidad

La mayoría de los investigadores entienden que el síndrome de *burnout* se da más en sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás. Por otro lado los sujetos con un patrón con, baja autoconfianza y locus de control externo experimentan con mayor frecuencia el síndrome, mientras que los sujetos con personalidad resistente lo experimentan menos.

7.2.3. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales también presentan efectos facilitadores del *burnout*. Los resultados de los trabajos experimentales muestran que los sujetos que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centradas en el problema, reflejan menos sentimientos de *burnout* que los sujetos que emplean estrategias de evitación/escape o centradas en la emoción.(46)

7.2.4. Apoyo social en el trabajo

La falta de apoyo social en el trabajo es una variable del contexto laboral que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el *burnout*, tal como se ha observado en colectivos profesionales de enfermería y trabajadores sociales, sobre todo como moduladores en los sentimientos de agotamiento emocional y actitud de despersonalización.

8. CONSECUENCIAS DEL BURNOUT

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que, si se mantienen en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas respuestas actúan como mediadoras en la relación estresor-salud. En las consecuencias del estrés asociadas al *burnout* podemos diferenciar las que se derivan para el propio individuo y las que se derivan para la organización.

8.1. CONSECUENCIAS PARA EL INDIVIDUO

Desde la perspectiva individual producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral.

Según Gil-Monte y Peiró (1997) las consecuencias a nivel individual si identifican con una sintomatología que integran en cuatro grandes grupos en función de sus manifestaciones, como son: emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticos. En el primer caso hablaremos de manifestaciones de sentimientos y emociones, mientras que el segundo aspecto hace referencia a las actitudes o posicionamientos que el sujeto toma como reacción a la influencia del síndrome, y que son el sostén cognitivo de las conductas que se manifiestan en las relaciones interpersonales identificadas en el tercer aspecto. Estos tres índices enmarcan el aspecto emocional y el cognitivo conductual que se desprenden de la aparición del síndrome. Por otro lado, el grupo de manifestaciones psicosomáticas es amplio y de persistir la situación estresante, podría desembocar en la instauración de patología somática.

Las manifestaciones psicosomáticas las podemos agrupar en:

- Algias. Como dolor precordial, pinchazos en el pecho, dolores cervicales y de espalda, dolor de estómago y jaqueca.
- Neurovegetativas. Como taquicardias, palpitaciones, hipertensión y temblor de manos.
- Fenómenos psicosomáticos tipificados. Como crisis asmáticas, alergias, úlcera gastroduodenal, diarrea.

- Otras manifestaciones: Catarros frecuentes, mayor frecuencia de infecciones, fatiga, alteraciones menstruales e insomnio.

Asimismo, refiere Gil-Monte que desde el análisis de los síntomas que se encuentran descritos en la literatura podemos deducir que aparecen implicados todos los sistemas del organismo, en mayor o menor medida.

En cuanto a las consecuencias sobre las relaciones interpersonales extralaborales, Maslach (1982) señala que las repercusiones del *burnout* no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario afecta a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos, mostrándose irritable e impaciente pudiendo derivar en conflictos con la pareja e incluso en la separación. El agotamiento emocional les impiden aislarse de la problemática laboral, cuando llegan a casa desean estar solos e incomunicados, lo que repercute en sus relaciones interpersonales. La actitud de despersonalización lleva al endurecimiento de los sentimientos, lo que puede incidir en gran medida en la familia. En todo caso, se ha demostrado la relación significativa entre el *burnout* y el deterioro de las relaciones familiares. Los sujetos con menos satisfacción matrimonial expresaban más sentimientos de estar quemados por el trabajo.

8.2. CONSECUENCIAS PARA LA ORGANIZACIÓN

Entre las consecuencias más importantes que repercuten en la organización podemos destacar:

- Disminución de la satisfacción laboral.
- Elevación del absentismo laboral.
- Abandono del puesto y/o organización.
- Baja implicación laboral.
- Bajo interés por las actividades laborales.
- Deterioro de la calidad del servicio.
- Incremento de los conflictos interpersonales con los supervisores, compañeros y usuarios.
- Aumento de la rotación laboral.
- Incremento de accidentes laborales.

En todo caso, existe una relación directa entre *burnout* y mayor número de errores en el trabajo, conductas más deshumanizadas, recriminaciones y niveles de compromiso organizacional más bajo.

Sus consecuencias van a ir más allá de la propia organización y van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad. Otro aspecto a considerar es la instauración de culturas organizacionales que perpetúen las actitudes y conductas que provocan el *burnout*, mediante el aprendizaje por modelado.

9. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y AFRONTAMIENTO

9.1. CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO

La mayoría de autores coinciden en conceptualizar el afrontamiento como una serie de respuestas cambiantes de

tipo cognitivo o conductual, que inicia un sujeto ante una situación que considera amenazante, y que no tiene que ser necesariamente un éxito en el manejo de esa situación, sino que el objetivo buscado puede ser manejar la respuesta al estrés. Lazarus y Folkman (1986) lo definen como: *“Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*.

9.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las principales estrategias de afrontamiento, en función del nivel en que se producen, las podemos agrupar en tres categorías como son: **individuales, grupales y organizacionales**, que desarrollamos a continuación.

9.2.1. *Estrategias individuales*

Las estrategias de afrontamiento de control o activas previenen el *burnout* porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape facilitan la aparición del síndrome. Según Ceslowitz (1989), las enfermeras con bajo *burnout* emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de carácter activo dirigidas al problema. Entre estas estrategias se encuentra la elaboración y ejecución de un plan de acción, acentuar los aspectos positivos de la situación, buscar apoyo social y autocontrolarse. Las enfermeras

con altos niveles de *burnout* utilizaron estrategias de escape/evitación, autocontrol y confrontación. En resumen podemos decir que el empleo de estrategias de control o centradas en el problema previenen el desarrollo del *burnout* y las de evitación, escape y centradas en la emoción facilitan su aparición.(47)

En cuanto a las técnicas para la adquisición y mejora de estas estrategias, los programas de adquisición de destrezas pueden ser dirigidos a las estrategias instrumentales o a las de carácter paliativo (manejo de emociones). En el primer caso se incluyen el entrenamiento en habilidades como resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, la comunicación y las relaciones sociales, los cambios en el estilo de vida y otras habilidades para cambiar las demandas del entorno. En el segundo caso se incluyen las habilidades para la expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa, relajación, etc.

9.2.2. Estrategias de carácter interpersonal y grupal

La mayoría de las estrategias que abordan el tema desde la perspectiva grupal, aconsejan fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. A través del mismo los sujetos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y

consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda. Cobb (1976) define el apoyo social como la información que permite a las personas creer que:

- Otros se preocupan por ellos y les quieren.
- Son estimados y valorados.
- Pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

Es importante considerar el apoyo social formal e informal en la prevención del *burnout*, pues mientras los contactos de carácter informal previenen el desarrollo del síndrome, los formales pueden llegar a incrementarlo, dado que suponen mayor carga e implicación laboral. Otro aspecto importante es que a largo plazo, el apoyo social, puede crear dependencia de los demás, baja autoestima y sentimientos de inferioridad.

Con relación a las estrategias para su implantación, el apoyo social en el trabajo puede venir, básicamente, de los compañeros y de los supervisores, pero uno de los elementos más importantes son los grupos informales. El trabajo con grupos (de apoyo) de profesionales de enfermería con la pretensión de compartir experiencias que permitan un mejor afrontamiento en el caso de pacientes de características especiales, ha facilitado la comunicación entre las enfermeras y con los profesionales de otras salas, el disponer de un lugar de encuentro y sobre todo poder contar y escuchar los problemas y analizar las reacciones de contra-

transferencia que dificultan la relación enfermera/paciente. El objetivo primordial de los grupos de apoyo es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los profesionales, el incremento del conocimiento, la ayuda para desarrollar formas efectivas de tratar los problemas y la facilitación de un trabajo más confortable. Otra forma de desarrollar el apoyo social en el trabajo es fomentar y entrenar a los compañeros y a los supervisores en dar retroinformación, mediante la cual se les informa sobre cómo son percibidos, entendida y vivida sus modos de comportamiento.(48)

9.2.3. Estrategias organizacionales para la prevención del burnout

En este sentido, la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a manejar el ambiente y el clima de la organización, puesto que los desencadenantes del síndrome son estresores percibidos con carácter crónico, cuyas variables están, en gran medida, con relación al contenido del puesto, disfunciones en el desempeño de roles y el clima laboral, Por tanto, es conveniente que los gestores establezcan políticas de gestión que integren programas en la línea de los siguientes:

- ✚ Programas de socialización anticipada. Tienen un carácter preventivo y pretenden que el choque con la realidad se experimente antes de que el profesional comience su vida laboral, adquiriendo habilidades

para desarrollar su actividad. En este sentido se enmarcan los programas de acogida profesional.

✚ Programas de evaluación y retroinformación. Pretenden dar retroinformación desde la dirección de la organización y desde el propio departamento, no presentando la información como un juicio, sino como parte de los programas de desarrollo organizacional.

✚ Programas de desarrollo organizacional. Buscan mejorar las organizaciones a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo, focalizados en la cultura organizacional, y en los procesos sociales y humanos de la organización, entendiendo que la mayor parte de las personas está motivada hacia el crecimiento y desarrollo personal si se encuentran en un ambiente propicio.

10. LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, UN GRUPO DE RIESGO

Una vez expuestos los aspectos más importantes relacionados con el síndrome de quemarse o *burnout*, nos centraremos en la incidencia que este presenta sobre los profesionales de la enfermería.

Hasta ahora nos hemos referido a ello sucintamente, por lo que debemos entrar en algunas consideraciones que hacen de esta profesión un grupo de alto riesgo con relación al *burnout*.

Básicamente hemos visto los aspectos relacionados con la personalidad, cogniciones y conductas referidos al sujeto, así como interpersonal y grupal y los relativos a la organización y el entorno, que son comunes a todas las profesiones de servicios; pero el variable entorno define unas circunstancias que condicionan el ejercicio profesional y que, en nuestro caso, tiene unas características especiales que hacen de la profesión enfermera una actividad de alto riesgo, como ya hemos referido, sobre todo como consecuencia de la confrontación entre las expectativas profesionales y la realidad asistencial. La problemática que condiciona las relaciones con el entorno se centra en tres elementos fundamentales como son: la organización, el profesional y el usuario.(49)

10.1. *La organización en el sistema sanitario*

Desde el punto de vista de la organización se ha de considerar que las instituciones sanitarias en general, suelen presentar una cultura organizacional resistente al cambio y a la innovación en cuanto a políticas de personal e implicación se refiere, puesto que se trata de organizaciones muy burocratizadas. Esto hace que se mantengan en el tiempo actitudes y conductas que son favorecedoras del *burnout*, mediante el proceso de modelado, al que ya nos hemos referido. La mayoría de los profesionales noveles, cuando toman contacto con su primer trabajo, han de realizar una adaptación en la que redefinen valores y actitudes que han adquirido mediante el aprendizaje.

Todo ello tiene relación con el proceso evolutivo que está sufriendo la enfermería en los últimos años, consistente en un tránsito desde la filosofía ATS a la de Enfermera, que obliga a una “negociación” con uno mismo y con los compañeros. A veces son los propios profesionales más antiguos los que frustran al novel, debido, posiblemente, a vivirlo como una amenaza a sus esquemas clásicos de actuación lo que implicaría un cambio de actitud que no están dispuestos a realizar al no haber asumido la nueva filosofía y los modelos que la sustentan, lo que crea una situación de disonancia cognitiva que resuelven con esta línea de intervención.

Otros aspectos a considerar son el clima laboral, que se genera en los grandes centros asistenciales, con variables de hacinamiento, sobrecarga laboral, ruidos e interferencias, etc. Y turnicidad con la que el profesional está sometido a continuos cambios que impiden la instauración de hábitos saludables y conflictúa el mantenimiento de relaciones interpersonales. El sistema sanitario posee una característica singular, sobre todo el medio hospitalario, como es la confrontación de intereses entre lo público y lo privado, que produce una baja implicación en la consecución de los objetivos establecidos por la institución, creándose indefinición y actitudes de baja cohesión en el grupo, e incluso el uso de los recursos de la organización para los objetivos personales. Todo ello hace que el sistema no se ajuste a la eficiencia, que no se dé el engranaje perfecto para el buen funcionamiento y, en consecuencia, deba explicarse, ante uno mismo, las causas de estas deficiencias, con lo que se tiende a la “externalidad defensiva”, o sea, a culpabilizar a

la organización o a otros de los fracasos y del mal servicio prestado, lo que lleva a reafirmar la posición de baja implicación.

Por otra parte, los cambios e innovaciones que se pretenden y se están instaurando a nivel de gestión, pueden crear una situación de relativa incertidumbre que es necesario gestionar. Los planes estratégicos, contratos programa, la competencia intercentros, etc. requieren de políticas que modifiquen actitudes de los profesionales y les hagan receptivos, implicándose en los mismos.(50)

10.2. *La problemática profesional*

Uno de los principales problemas que se presentan en el ejercicio de la profesión es la indefinición de la carrera profesional. Esto hace que sea dificultosa la promoción y la enfermera se sienta, en muchos casos, “condenada” a desarrollar siempre la misma actividad reduciéndose sus posibilidades de creatividad y de desarrollo profesional. Por otro lado, al tratarse de una profesión con actividades independientes e interdependiente de la profesión médica genera una ambigüedad de rol que se convierte en indefinición de rol al no clarificarse el mismo por la propia organización, lo que puede incidir en una baja realización personal por el trabajo.

Desde el punto de vista de la emoción, debemos considerar que la necesidad de empatía para el mejor acercamiento al usuario, puede llevar a la excesiva implicación e

identificación con las emociones y los sentimientos del mismo, lo que podría desembocar en proyecciones de los problemas del paciente y la familia en el entorno proximal y familiar de la enfermera, que junto a la confrontación sistemática con el dolor y la muerte, la necesidad de alianzas intragrupalas ante la adversidad y el conflicto intrapersonal de competencia profesional hacen que la dimensión “agotamiento emocional” pueda incrementarse dando cuerpo, junto a la baja realización referida, a la aparición del *burnout*.(51)

Por último, si consideramos la despersonalización como una actitud defensiva ante el estrés asistencial crónico, consecuente con las variables de baja realización personal y agotamiento emocional, habremos enmarcado el síndrome de *burnout* en los profesionales de enfermería e identificado las variables personales y de riesgo que debemos controlar, además de las ya descritas a lo largo del tema, para cualquier profesión de servicios.

10.3. El usuario del sistema

Los usuarios, al ser el principal objeto de la labor profesional lo son también de la relación interpersonal, por lo que sus características biopsicosociales tienen una importancia capital para el desarrollo de la misma. Sus rasgos de personalidad, hábitos y costumbres, actitudes y modos de relación y cuantas características personales lo conforman hacen de él un ser único que requiere un trato singular en función de estas características, que modulan y condicionan

la relación con el entorno, y en nuestro caso con los profesionales de enfermería. En este sentido, la familia adquiere un protagonismo especial en tanto integra el sistema de relación más inmediato del sujeto, dándole una de las bases de su proyección social, por lo que también tiene un importante peso específico en sus pautas de relación con el medio. Por tanto, la familia es otro elemento significativo de la relación a la que debemos considerar como una “prolongación” del paciente. Las características del usuario y la familia, por tanto, formarán otra variable a considerar en la aparición y desarrollo del *burnout*. Con frecuencia solemos encontrarnos con conflictos entre la familia y la enfermera donde se producen ruptura de la comunicación o entendimiento entre ambas. Parece como si no tuvieran los mismos intereses con relación al paciente, donde la suspicacia y la desconfianza respecto a la enfermera estuvieran presentes y justificadas por prejuicios o valoraciones más o menos subjetivas, mientras que la enfermera considera a la familia como una intrusa en sus competencias que supervisa y fiscaliza su labor, por lo que se tiende a aislar al paciente de la propia familia, como intentando defenderle de ella, a la que se descalifica para cualquier actuación terapéutica y son elementos que producen distorsión en la evolución del paciente. Todo ello, puede desembocar en una situación de agotamiento emocional y de despersonalización como estrategia de afrontamiento del problema. Este hecho se da más en cuanto la confianza y seguridad de la enfermera en sus capacidades y recursos esté diezmada o reducida, creando una situación

de inseguridad que se trasmite de forma analógica en el proceso de relación con el usuario y con la propia familia.

Otro factor a considerar es la denominada relación de agencia que se establece entre los profesionales de la salud y los usuarios, en tanto que los primeros contraen la representación de los segundos en la toma de decisiones relacionadas con los cuidados, tratamiento y actividades consecuentes al mismo, lo que implica asumir responsabilidades con un amplio grado de ambigüedad e inseguridad que pueden conducir a agotamiento emocional y falta de realización personal en el trabajo.

Existen otros elementos que pueden actuar como estresores y que están relacionados con las nuevas demandas producidas por el cambio actitudinal de los usuarios. Por otro lado se están produciendo cambios culturales en la sociedad, la calidad de vida es mejor, el nivel de conocimiento del ciudadano medio es cada vez mayor, y sus criterios y capacidad de discernir entre alternativas o solución a sus necesidades ha de tenerse en cuenta, como se demuestra en la instauración de medidas para valorar la calidad percibida por los usuarios, lo que choca con la propia cultura organizacional, que casi siempre intentó resolver los conflictos con el propio usuario o la familia mediante escaladas asimétricas o simétricas, en el peor de los casos. Asimismo se detecta cada vez con mayor incidencia el ejercicio de la práctica defensiva como reacción a las demandas judiciales ante cualquier negligencia o error.

Pues bien, todos estos aspectos condicionan un escenario donde la profesión se ejerce. Los profesionales deben

conocerlo y saber cómo afrontar las vicisitudes que puedan encontrarse en el ejercicio de su actividad, dotándoles de recursos que faciliten la relación terapéutica, su integridad emocional, la realización personal en el trabajo y evite la despersonalización, y con ello la aparición y padecimiento del síndrome de *burnout*, lo que se pretende con este tema.

10. AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Lazarus y Folkman (1986), en su modelo antes citado, proponen la siguiente definición de afrontamiento: “son aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Este es un proceso que se caracteriza por el cambio, consecuente con las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la variable relación sujeto-ambiente.(52)

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto de cada estrategia tiene. La función básica del afrontamiento estaría orientada a permitir la adaptación del individuo a los cambios evidenciados por él en su ambiente, tanto interno como externo, en el cual se están presentando sus emociones de manera tal que logre dar ante dicho suceso la respuesta más adecuada posible para él en ese momento.

Existen dos funciones principales del afrontamiento, que han sido observadas por George (1974), Kahn y sus colaboradores (1964), Mechanic (1962), Murphy y Moriarty (1976) y se hallan implícitas en los modelos sugeridos por Mechanic (1974), Pearlin

y Schooler (1978), Pearlin, Menaghan, Lieberman y Mullan (1981) y White (1974). Estas son (Lazarus y Folkman, 1986; Bravo, P. y Silva, L., 1998; Isensee, P. y Puentes, P., 1998):

- 1 **Afrontamiento instrumental:** Está dirigido a enfrentar la situación estresante. Las estrategias de afrontamiento van dirigidas al problema, lo que se traduce en acciones tales como circunscribir y definir el problema, búsqueda de información, considerar alternativas, elección de la solución, exploración de recursos, etc.
- 2 **Afrontamiento paliativo:** Está dirigido a regular la respuesta emocional del sujeto, son estrategias de afrontamiento encargadas de reducir el grado de trastorno emocional tales como pensamiento positivo, negación, evitación, percepción selectiva, distanciamiento, minimización, evasión y extracción de valores positivos de acontecimientos negativos, entre otras. Otra distinción que se realiza es entre el afrontamiento aproximativo y el evitativo (Rodríguez, J., 1995):
 - a. **El afrontamiento Aproximativo** incluye todas aquellas estrategias de confrontación y enfrentamiento del problema que está generando el distrés, o las emociones negativas concomitantes.
 - b. **El afrontamiento Evitativo** incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar de, o evitar, la consideración del problema o las emociones negativas concomitantes. Besabé, Paez y Valdosedá (1993) realizaron una síntesis a partir de las escalas elaboradas por Carver, Scheier y Weintraub (1989), Lazarus y Folkman (1986) y Aldwin y Revenson (1987) clasificando las estrategias de afrontamiento en base a dos criterios de cuya combinación se desprenden

seis dimensiones del afrontamiento. El primer criterio estaría basado en las formas de afrontamiento de aproximación y de evitación, y el segundo se referiría a tres niveles que contemplan las estrategias de afrontamiento; instrumental, cognitivo y afectivo (Font, A., 2000)

Las dimensiones que se desprenden de la combinación de estos dos criterios darían origen a las siguientes estrategias de afrontamiento (Besabé y cols., 1993; en Isensee, P. y Puentes, P., 1998; Abarzúa, A. y Ponce, A., 1998)(53)

Aproximación cognitiva: Entendida como auto responsabilizarse y elaborar la experiencia como forma de crecimiento personal.

Aproximación afectiva: Entendida como buscar apoyo y descargar las emociones.

Aproximación instrumental: Hacer cosas concentrando los esfuerzos en la solución del problema.

Evitación cognitiva: Es decir, no elaborar y negarla experiencia como posibilidad de crecimiento. Evitar la elaboración por medio de pensar que no es posible hacer nada o de fantasear con que las cosas cambiarán sin hacer algo al respecto.

Evitación afectiva: Guardarse las emociones, represión emocional, aparentar no estar afectado.

Evitación instrumental: Es decir, dejar de hacer cosas en relación al problema, realizar actividades

distractoras, como estudiar, trabajar o beber alcohol. Por otra parte, de acuerdo con Bandura y su enfoque de Aprendizaje Social, la iniciación y mantenimiento de las conductas de afrontamiento frente a una situación de estrés, estaría determinada por las expectativas de eficacia personal. Estas expectativas están basadas en cuatro fuentes de información:

Logros de ejecución, Experiencia Vicaria, Persuasión verbal y Arousal emocional. A partir de la información que la persona recoge de cada una de estas fuentes, va construyendo sus expectativas de eficacia personal (Bandura, A., 1977; De la Cerda, C. y Rojas, C., 1994) Según este enfoque, entre mas fuerte sea la auto eficacia percibida, más activos serán los esfuerzos. Aquellos que persistan en actividades subjetivamente amenazadoras que sean de hecho relativamente inofensivas, ganarán experiencias correctivas que refuercen su sentido de eficacia, eliminando eventualmente sus conductas defensivas.

Aquellos que suspendan prematuramente sus esfuerzos de afrontamiento mantendrán sus expectativas auto debilitadoras por largo tiempo. (Bandura, A., 1977; De la Cerda, C. y Rojas, C., 1994) Por su parte, Seligman resalta el papel que la percepción de control tiene en la aparición y desarrollo de estrategias de afrontamiento. Propone que ante amenazas más leves la percepción de control sobre la situación no ha

desaparecido y la sensación de que se puede hacer algo moviliza al organismo a actuar; mientras que ante situaciones más amenazantes la percepción de control es menor o nula, y la percepción de indefensión es mucho mayor por lo que el individuo no actúa (Seligman, 1986). Grootenhuis y cols. (1996) describen diferentes formas de control como estrategias de afrontamiento. Así el control podría ser predictivo, vicario, ilusorio o interpretativo. Para cada una de estas formas habría la posibilidad de afrontamiento primario (cambiar la situación) o secundario (cambiar uno mismo).

Como forma de afrontamiento primario el control predictivo consistiría en querer saber para predecir qué pasará, como control secundario en cambio consistiría en anticipar las dificultades para evitar desengaños. En el control vicario primario se intentan manipular las decisiones de los que tienen el poder, mientras que en el vicario secundario consistiría en la estrategia cognitiva de asociarse a los que tienen el poder (colaborar con los tratamientos). Control ilusorio primario sería intentar cambiar las posibilidades de éxito por ejemplo con cambios en el estilo de vida o con terapias alternativas, el secundario aliarse con posibilidades favorables como el destino. En el interpretativo primario se trata de entender los problemas para resolverlos (informarse, investigar), en el interpretativo secundario buscar un sentido o

causa para aceptar mejor los problemas (Font, A., 2000). (54)

El proceso de afrontamiento descrito es considerado como un recurso necesario para la maduración psicológica, en la que hay un sentimiento renovado de propio valor personal, una mayor sensación de satisfacción y una disminución de la ansiedad (Lazarus y Folkman, 1986) Por su parte Lázarus y Folkman (1986) consideran tres fases dentro del afrontamiento: la fase

De anticipación, la de impacto y de post impacto. Ellos afirman que la amenaza al bienestar se evalúa de forma distinta y da origen a distintas formas de afrontamiento en cada una de estas fases.

G. HIPÓTESIS

H₁ Existe nivel bajo de Síndrome de Burnout en los Enfermeros del Hospital Regional de Huacho.

H₂ Existe un nivel medio de Síndrome de Burnout en los Enfermeros del Hospital Regional de Huacho.

H₃ Existe un nivel alto de Síndrome de Burnout en los Enfermeros del Hospital Regional de Huacho.

H₄ Los Mecanismos de Afrontamiento que utiliza el personal de enfermería del Hospital Regional de Huacho son de tipo Aproximativo Cognitivo.

H₅ Los Mecanismos de Afrontamiento que utiliza el personal de enfermería del Hospital Regional de Huacho son de tipo Aproximativo Afectivo.

H₆ Los Mecanismos de Afrontamiento que utiliza el personal de enfermería del Hospital Regional de Huacho son de tipo Aproximativo Instrumental.

H₇ Los Mecanismos de Afrontamiento que utiliza el personal de enfermería del Hospital Regional de Huacho son de tipo Evitativo Cognitivo.

H₈ Los Mecanismos de Afrontamiento que utiliza el personal de enfermería del Hospital Regional de Huacho son de tipo Evitativo Afectivo.

H₉ Los Mecanismos de Afrontamiento que utiliza el personal de enfermería del Hospital Regional de Huacho son de tipo Evitativo Instrumental.

H. DEFINICIONES OPERACIONALES

🚦 **Síndrome de Burnout:** Es un síndrome el cual se caracteriza por un desgaste Profesional es un estado de deterioro o agotamiento producido por una excesiva demanda de trabajo.

🚦 **Enfermeras:** Son profesionales hombres y mujeres que laboran en el hospital Regional de Huacho en calidad de nombradas y contratadas y que brindan atención de enfermería en los servicios de Medicina y Emergencia.

🚦 **Mecanismo De Afrontamiento:** Son estrategias que utiliza el individuo ante una amenaza interna o externa lo que ocasionara adaptación ante acontecimientos estresantes.

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Nivel de síndrome de burnout personal de enfermería	El síndrome refiere a un estado de deterioro o agotamiento producido por una demanda excesiva de los recursos físicos y emocionales del sujeto por una tarea laboral, particularmente las que implican relaciones interpersonales e intensas y continuas determinando que el trabajador se encuentre desbordado y sienta agotada su capacidad de reacción. A diferencia del estrés y la crisis, el Burnout, no siempre es reconocido por quien lo padece.	Agotamiento Emocional:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desgaste ❖ Fatiga ❖ Distanciamiento. ❖ Hostilidad ❖ Perdida Progresiva de la Energía ❖ Desadaptación ❖ Perdida de Recursos Personales. 	El síndrome de burnout es el estado de desgaste, deterioro profesional por excesiva recarga de trabajo que va a ser medido a través de la escala de Maslach	Alto
		Despersonalización	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Maltrato ❖ Ansiedad ❖ Insomnio ❖ Respuestas frías hacia los pacientes ❖ Ser distante ❖ Ser Impersonal ❖ Distanciamiento frente a los problemas ❖ Conflicto ❖ Insensibilización ❖ Pesimismo ❖ Cinismo 		Medio
		Falta de realización personal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Baja productividad ❖ Baja autoestima 		Bajo

			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ignorar el problema <p>Evitación Afectiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoinculparse. ❖ Reservarlo para si. <p>Evitación Instrumental</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Reducción de la tensión ❖ Llevar a cabo acciones sociales y relajantes y/o distraerse físicamente. 	E y Lewis, R)	
--	--	--	--	----------------	--

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO.

El presente estudio es de nivel aplicativo, porque permitirá determinar como es y como esta la variable de tipo cuantitativo se cuantificara la realidad donde se desarrolla los hechos.

El método que se utiliza es el descriptivo simple porque nos va a describir el síndrome de burnout en un grupo poblacional definido, correlacional analítico, explicativo y de corte transversal, el cual presentara la información tal y como se obtuvo en un tiempo determinado.

B. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizará en el Hospital Regional de Huacho, en el los servicios de Emergencia y Medicina, El cual esta situado a 150 Km. al Norte de Lima, con dirección en José Arambulo La Rosa S/N. fue fundado el 02 de Octubre de 1970. El Hospital Regional de Huacho es el Centro Referencial de los Servicios Básicos Huaura - Oyón cuenta con 45 Puestos y 09 Centros de Salud. En

la Provincia de Huaura los Centros de Salud de Hualmay, Végueta, Carquín, Santa María y Huaura, en la Costa y en la Sierra el Centro de Salud de Ambar y Centro de Salud de Sayán. En la Provincia de Oyón los Centros de Salud de Churín y Oyón. El estudio básicamente por los enfermeros que laboran en el servicio de Medicina y el servicio de Emergencia.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población estará conformada por el personal de Enfermería de los servicios de medicina y emergencia, que responda a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Enfermeros del servicio de Medicina y Emergencia; que deseen voluntariamente participar en el estudio, de ambos sexos, con especialidad o sin especialidad.

Criterios de exclusión:

- Enfermeros de otros servicios.
- Falta de voluntad para llenar la encuesta.
- Que los Enfermeros se encuentre de vacaciones o de licencia cualquiera sea el motivo.
- En el tiempo de recolección de datos, Enfermeros que no devuelvan el instrumento aplicado.
- Enfermeros del servicio de Medicina y emergencia que no deseen participar en el estudio.
- Falta de culminación de la encuesta o respuestas incompletas por factores ajenos.

Se tomara como muestra toda la población por ser pequeña. Total de 30 enfermeros de los servicios de Medicina y emergencia.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para efecto de esta investigación no fue necesario construir un instrumento, puesto que existe el Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1996) que es el que mide los grados de Burnout en sus tres dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Logro Personal, ha sido ampliamente validado en nuestro país. El instrumento tiene una alta consistencia interna y una confiabilidad cercana al 0,9. En estudios con muestras españolas, varía entre 0,90 para la escala Agotamiento Emocional; 0,79 para la escala Despersonalización y de 0,71 para la escala Logro Personal. El Maslach Burnout Inventory fue desarrollado por Maslach y Jackson en 1981, empleado en un principio para medir aspectos de Burnout relacionado con los profesionales de servicios sociales que trabajan en contacto directo con las personas a las que destinan esos servicios, la generalidad de los estudios que han aplicado este instrumento está relacionado con los profesionales de la salud,

Este cuestionario lo componen 22 ítems que se valoran con una escala, que va desde 0 (nunca) hasta 7 (todos los días).

Para la determinación de los intervalos para realizar la medición por cada dimensión y de manera general se empleo la formula de Stanones y se obtuvieron los siguientes rangos (Anexo A):

Nivel bajo: 126 - 154

Nivel medio: 91 - 125

Nivel alto: <91

Cansancio emocional (CE): Constituida por 09 ítems, valora los sentimientos de una persona emocionalmente saturada por el

propio trabajo. Caracterizado por la pérdida progresiva de energía, de recursos personales de adaptación, desgaste y agotamiento.

Despersonalización (DP): Constituida por 05 ítems. Mide el grado en el cual la respuesta hacia los pacientes es fría, distante e impersonal, manifestada por un cambio negativo de actitudes que lleva defensivamente a adoptar un distanciamiento frente a los problemas e incluso a proyectar el conflicto culpando a los propios pacientes de los problemas que le pasan al mismo profesional. Hay un camino progresivo a la “insensibilización” que va desde el pesimismo al cinismo respecto de los atendidos.

Falta de autorrealización personal (RP): Consta de 08 ítems y evalúa los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo, donde se dan respuestas negativas hacia sí mismo y hacia el trabajo en un marco de fuerte insatisfacción interna, baja autoestima y fuertes auto cuestionamientos, con manifestaciones pseudo depresivas y con tendencia a la huida.

Se utilizó también la **Escala de afrontamiento frente al estrés Modificada por la investigadora sometida a prueba de validez y confiabilidad** (ACS, Frydenberg, E. y Lewis, R. 1996), el cual consta de instrucciones, el contenido y alternativas de respuestas el instrumento está compuesto de 40 preguntas, (escala tipo Likert de 5 puntos) que permiten evaluar con fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes que se han identificado conceptual y empíricamente. Estas fueron elaboradas a partir del supuesto de que en la capacidad de afrontamiento pueden reconocerse estrategias diferentes que los sujetos utilizan con diferente fuerza. Los 18 factores que se presentan y son: de tipo adaptativas buscar apoyo social, concentrarse en resolver problemas, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos,

buscar pertenencia, y las no adaptativas como: hacerse ilusiones, no afrontar, reducir la tensión, llevar a cabo acciones sociales, ignorar el problema, autoinculparse, reservar el problema para sí, buscar apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, buscar apoyo profesional, buscar diversiones relajantes y/o distraerse físicamente. Los elementos blancos se sugieren calificar como 3 para una menor distorsión de los resultados. La puntuación total se ajusta a un coeficiente de corrección en función del número de elementos de cada sub-escala. El perfil de afrontamiento posee validez de constructo según análisis factorial.

En cuanto a la confiabilidad del instrumento de perfil de afrontamiento, se tiene que estadísticamente fue descrito cada número de elementos de la escala, la media de las puntuaciones directas en cada escala, la desviación típica de las puntuaciones directas, los coeficientes de consistencia interna de Crombach (alfa) y los coeficientes de fiabilidad test- retest ($r_{rx} = 0.68$). El análisis de estos datos demuestra que todas las escalas presentan distribuciones aproximadamente normales y abarcan el abanico completo de puntuaciones directas posibles. (Anexo B)

En cuanto los mecanismos de afrontamiento, según los resultados clasificaremos los tipos de afrontamiento más utilizados según cada ítem Afrontamiento de tipo aproximativo y afrontamiento de tipo evitativo, El valor asignado a la variable mecanismos afrontamiento frente al estrés es de la siguiente manera:

Uso de Estrategia de Afrontamiento Aproximativo:

Alto: 85-70

Medio: 69-50

Bajo: <49

❖ ***Aproximación Afectiva (A:A)***

Alto: 40-30

Medio: 29-25

Bajo: <24

❖ ***Aproximación Cognitiva (A:C)***

Alto: 20-25

Medio: 19-15

Bajo: <14

❖ ***Aproximación Instrumental (A:I)***

Alto: 20-15

Medio: 14-10

Bajo: <10

❖ ***Estrategia de Afrontamiento Evitativo***

Alto: 115-90

Medio: 89-70

Bajo: <69

❖ ***Evitación Afectiva (E:A)***

Alto 20-15

Medio: 14-10

Bajo: <10

❖ ***Evitación Cognitiva (E:C)***

Alto: 55-45

Medio: 44-30

Bajo: <29

❖ ***Evitación Instrumental (E:I)***

Alto: 40-30

Medio: 29-25

Bajo: <24

E. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

El estudio se realizara previa coordinación de tramites administrativos a fin de obtener la respectiva autorización , mediante un oficio dirigido al director del Hospital Regional de Huacho, después se realizara las coordinaciones respectivas con el departamento de enfermería, el enfermero jefe del servicio de emergencia y coordinadora del servicio de medicina para la recolección de datos, se aplicara los instrumentos en un tiempo determinado sin exceder 15 días del mes de Octubre del año 2006 utilizando los instrumentos mencionados, el llenado de estos instrumentos esta previsto par un lapso de 30 minutos para cada enfermero .los mismos que fueron previamente capacitados para orientar y absolver alguna duda en el llenado.

Los datos obtenidos serán procesados mediante paquetes estadísticos se empleara para el procesamiento una tabla matriz y hoja de codificación utilizando para el programa estadístico SPSS Excel 13.0 para la presentación de los datos en tablas y/o gráficos para su correspondiente análisis e interpretación considerando el marco teórico a tabla matriz; luego se procedió a realizar el análisis estadístico correspondiente.

El análisis inferencial para la contrastación de hipótesis, el cual fue realizado con la Prueba T de Student, que evalúa las inferencias entre promedios respecto a una variable específica. Y se utilizara la prueba del chi cuadrada (con o sin corrección de Yates), siendo significativo una $p < 0.05$, para relacionar las variables ç.

F. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- ❖ Los participantes potenciales serán notificados de que los datos que proporcionen serán utilizados con fines científicos.
- ❖ Dicha información tiene el objetivo de Determinar el nivel de Síndrome de Burnout que presentan los enfermeros y sus mecanismos de afrontamiento utilizados y brindar estrategias de adaptación ante eventos y condiciones estresantes que confronta el profesional de enfermería en todas las esferas biopsicosociales y este puede tener consecuencias que inciden en el deterioro inminente de salud, el propósito de este trabajo es crear un programa destinado a prevenir el Síndrome de Burnout como el uso que se dará al a información resultante de la investigación
- ❖ el tipo de dato que se solicitarán durante el estudio será un cuestionario con enunciados de preguntas generales se utilizara el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1996) que es el que mide los grados de Burnout en sus tres dimensiones. Se utilizó también la Escala de afrontamiento frente al estrés Modificada por la investigadora sometida a prueba de validez y confiabilidad.
- ❖ se aplicara los instrumentos en un tiempo determinado sin exceder 15 días del mes de Octubre del año 2006 utilizando los instrumentos mencionados, el llenado de estos instrumentos

esta previsto para un lapso de 30 minutos para cada enfermero .los mismos que fueron previamente capacitados para orientar y absolver alguna duda en el llenado.

- ❖ El estudio lo patrocina la investigadora con recursos propios, ya que dicha investigación es un requisito para acreditar u obtener el grado de especialista.
- ❖ Esta investigación brindara beneficios particulares para los participantes,
- ❖ Se asegura a los participantes que su privacidad estará protegida en todo momento.
- ❖ Se informa a los posibles participantes que, aún cuando acepten colaborar en la investigación, tendrán derecho a retirarse del estudio y a rehusar a proporcionar información específica.
- ❖ El proyecto tendrá que ser aprobado, y a todos los participantes se les solicitara el consentimiento informado.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El síndrome de Burnout se refiere a un estado de deterioro o agotamiento producido por una demanda excesiva de los recursos físicos y emocionales del sujeto por una tarea laboral, particularmente las que implican relaciones interpersonales e intensas y continuas determinando que el trabajador se encuentre desbordado y sienta agotada su capacidad de reacción. A diferencia del estrés y la crisis, el Burnout, no siempre es reconocido por quien lo padece.

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados en forma manual para su presentación en cuadros y/o gráficos estadísticos a fin de realizar su análisis e interpretación respectiva.

Respecto al NIVEL DE SÍNDROME DE BURNOUT en los enfermeros del Hospital General de Huacho, materia del presente trabajo; se ha encontrado que del 100% (18), de los profesionales de Enfermería encuestados, 39%(7) presentan un nivel Medio de síndrome de Burnout, el 56%(10) un nivel Bajo de síndrome de Burnout y 6%(1) un nivel Alto (Ver Gráfico N° 1).

Estos resultados presentan coincidencias con algunos estudios como la publicación elaborado por presencia del síndrome de burnout, factores ambientales y causas de tensión laboral en profesionales de enfermería de la clínica los andes de Puerto Montt en este estudio donde existen solo “posibles casos” de síndrome de Burnout y en

donde la población encuestada pertenece únicamente a profesionales de enfermería.

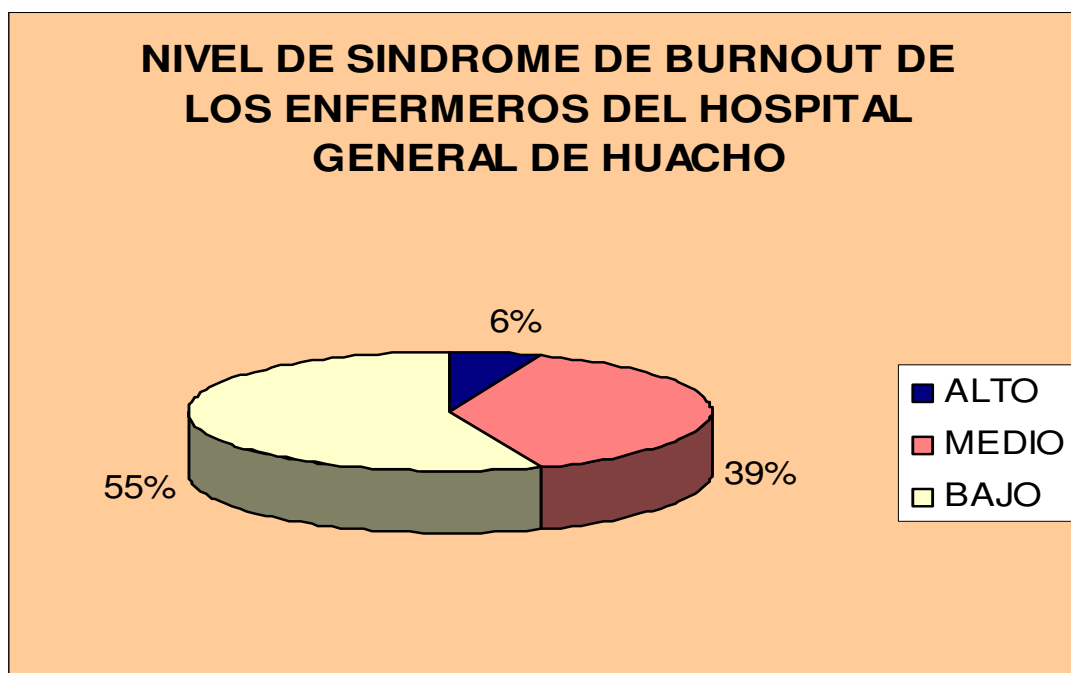
Dentro del grupo de “posibles casos” de síndrome de Burnout, la sintomatología que estos presentan es escasa, sin embargo la población estudiada en esta investigación esta sana, ya que no existe un diagnóstico previo de estrés; es decir de síndrome de Burnout. Por lo tanto la sintomatología es aún más difícil de pesquisar, la mayoría de los síntomas tienen relación a molestias físicas como por ejemplo el cansancio y molestias a nivel emocional como la falta de ánimo entre otras.

GRÁFICO N°1

Nivel de Síndrome de Burnout en Enfermeros de los servicios de Emergencia y Medicina del Hospital General de Huacho

Huacho- Perú

Enero - 2007

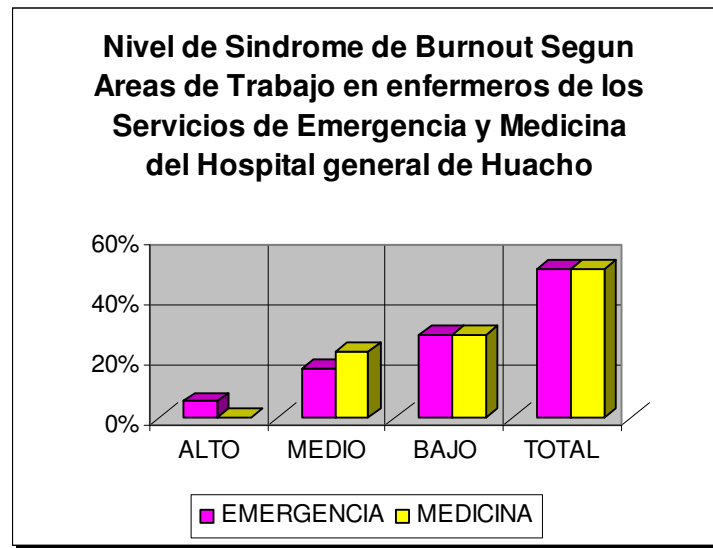


FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora. Enero 2007

Asimismo encontramos en el estudio realizado por Coronado Luna Liz Karina que en los enfermeros del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, presentan un nivel Medio de Estrés Laboral evidenciándose por 64.29%(27), y un 21.43%(9) un nivel Bajo.

El profesional de enfermería está sometido, en líneas generales, a estresores como escasez de personal, que supone carga laboral, trabajo en turnos rotatorios y la consecuente alteración del biorritmo, trato con usuarios problemáticos, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de rol, etc. En conclusión, la profesión de enfermería, tal como refiere Llor et al. (1995), conlleva, entre otras, tres características, que son factores de riesgo, y que determinan la aparición del síndrome: un gran esfuerzo mental y físico, continuas interrupciones y reorganización de las tareas, que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental, y el trato con la gente en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción. En este sentido, podemos encontrar los antecedentes en las variables del entorno socio-profesional, organizacional, Interpersonales e Individuales, sin que esto presuponga orden de prioridad, y todo ello en el marco contextualizados del estrés laboral.

GRÁFICO N°2
NIVEL DE SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS ENFERMEROS
SEGÚN ÁREAS DE TRABAJO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
HUACHO- PERÚ
ENERO - 2007



FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora. Enero 2007

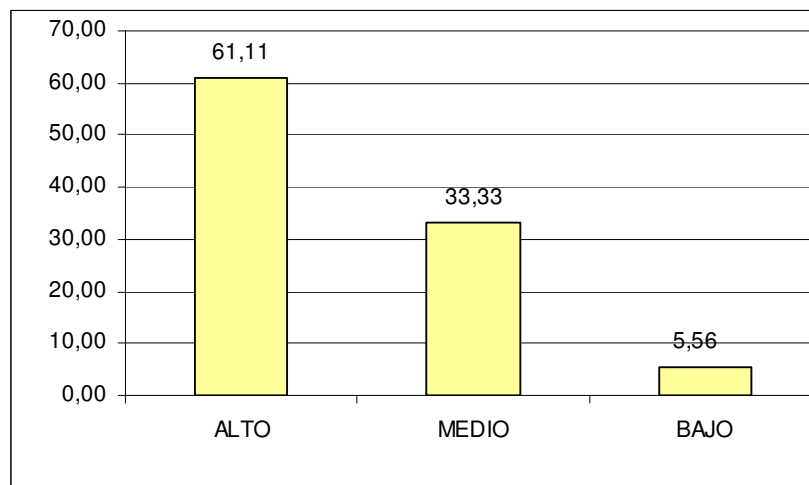
Así mismo encontramos que no hay una diferencia significativa de la manifestación de estrés según áreas de trabajo de las enfermeras, así en el Gráfico N° 2, se observa que tanto el servicio de Medicina como en los servicios de Emergencia, el nivel de estrés es de bajo a medio, específicamente para el 27.78% (5) de los enfermeros de las áreas de emergencia presentan un nivel de estrés bajo, al igual que el servicio de medicina en donde el 27.78 % (5) enfermeros se encuentran con este mismo nivel. En el servicio de medicina se observa una tendencia a un nivel de estrés medio del 22% (4) enfermeros, y en el servicio de emergencia un estrés medio del 17% (3) enfermeros, estando en tercer lugar los enfermeros que tienen un nivel de estrés alto 6% (1); en el

servicio de emergencia tendencia al nivel Alto Vemos así que en el presente estudio, que la naturaleza del servicio no constituye una razón de diferenciación significativa para la presencia del estrés laboral, esto básicamente se explica por su carácter multicausal ya que en la génesis de la misma influyen diversos aspectos, como lo señalan algunos autores y esto se ve acentuado por la complejidad del trabajo de la enfermera; que la coloca en riesgo de ser susceptible de este estado de tensión que la podrían llevar a mayores complicaciones.

Por lo tanto se puede concluir que la mayoría de enfermeras presentan un nivel bajo con tendencia al medio lo que representa un riesgo en su vida profesional y en su interactuar cotidiano.

GRÁFICO N°3
MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADO POR LOS
ENFERMEROS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO- PERÚ
ENERO – 2007

AFRONTAMIENTO APROXIMATIVO



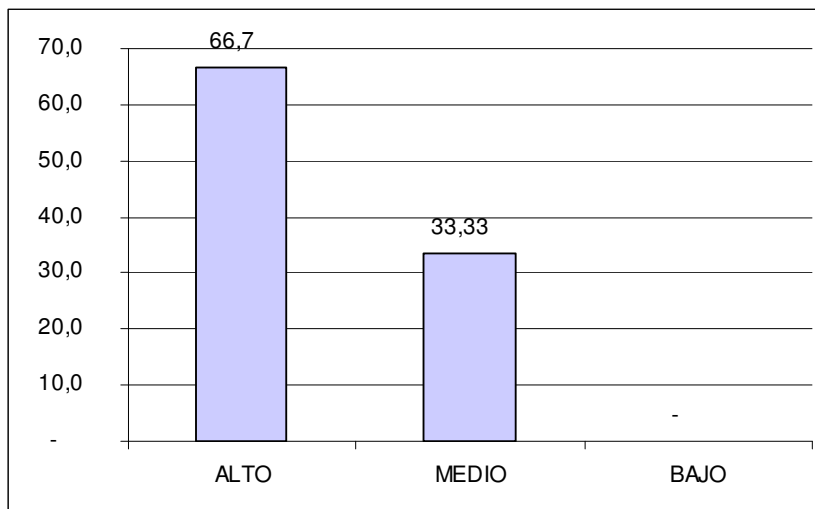
FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora. Enero 2007

Con respecto a este gráfico se puede concluir que existe un nivel alto del uso de los Mecanismos de afrontamiento de tipo aproximativos por parte de los enfermeros del Hospital Regional de Huacho, así tenemos que el 61.1% (11) enfermeros hacen uso de este mecanismo, y en un nivel medio 33.33 (6) enfermeros utilizan medianamente los mecanismos de afrontamiento aproximativo, y un nivel muy bajo el 5.56%(1), hace un uso muy bajo de los mecanismos de afrontamiento aproximativos. ***El afrontamiento Aproximativo*** incluye todas aquellas estrategias de confrontación y enfrentamiento del problema que está generando el distrés, o las emociones negativas concomitantes la aparición y desarrollo de estrategias de afrontamiento. Propone que ante amenazas más leves la percepción de control sobre la situación

no ha desaparecido y la sensación de que se puede hacer algo moviliza al organismo a actuar; mientras que ante situaciones más amenazantes la percepción de control es menor o nula, y la percepción de indefensión es mucho mayor por lo que el individuo no actúa, por lo tanto es muy importante que el personal de enfermería haga uso de sus mecanismos de afrontamiento aproximativos,

GRÁFICO N°4
MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADO POR LOS
ENFERMEROS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO- PERÚ
ENERO – 2007

AFRONTAMIENTO EVITATIVO



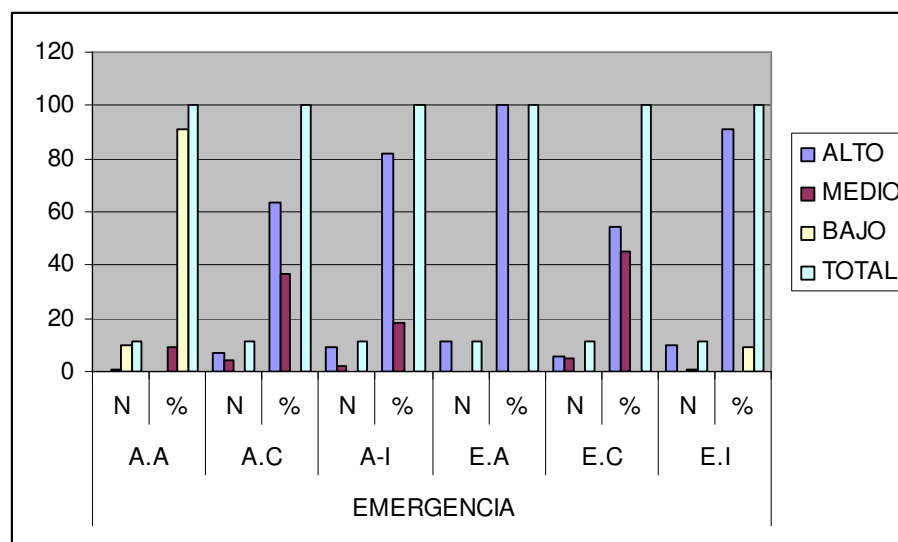
FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora. Enero 2007

Al igual que en el gráfico anterior se puede concluir que los enfermeros también hacen uso de los mecanismos de afrontamiento evitativo lo que no es muy bueno ya que son estrategias que indican poca adaptación a la situación estresante así se puede observar en el gráfico

Nº 4, que un 66.6% (12) hace uso de su mecanismo de afrontamiento evitativo en niveles altos, el 33, 3% (2), hace uso medianamente de los mecanismos de afrontamiento evitativos y un 0% tiene un bajo uso de mecanismos de afrontamiento evitativo lo que nos hace pensar que los enfermeros mayormente utilizan los mecanismos de afrontamiento poco adaptativos para solucionar sus problemas y salir del estrés mas rápidamente incluyen conductas como el abuso de sustancias o el aislamiento social. Y muchas veces se asocian estas estrategias con la ansiedad y la depresión, La confrontación y el distanciamiento parecen llevar a los peores resultados, o a una incapacidad empírica para afrontar los problemas

GRÁFICO N°5
MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADO POR LOS
ENFERMEROS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO- PERÚ

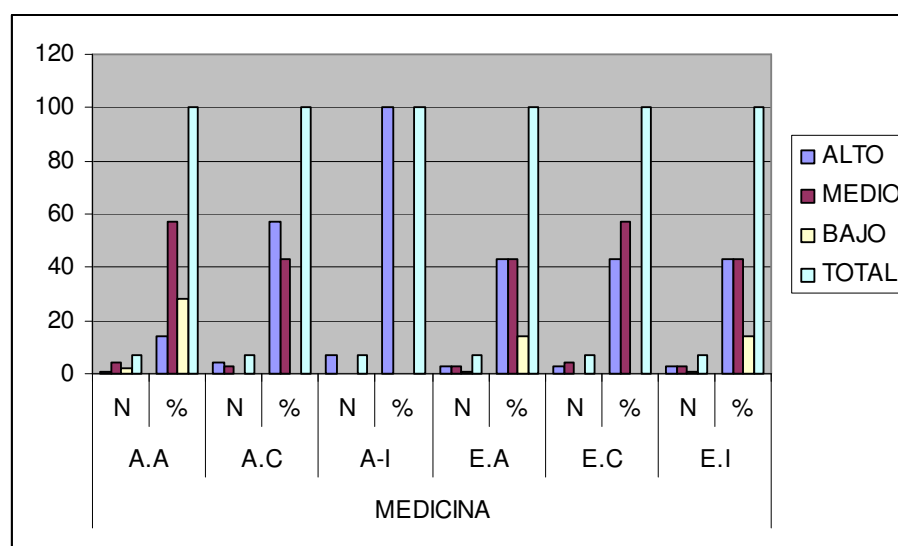
ENERO - 2007



FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora. Enero 2007.

En el gráfico N° 5, se puede observar los mecanismos de afrontamiento utilizados por el personal de Emergencia así podemos observar una tendencia alta por el uso de mecanismos de afrontamiento de tipo evitativo afectivo, y el evitativo Instrumental y los mecanismos menos usados son los de tipo evitativo afectivo y aproximativo afectivo, y un mediano uso de los mecanismos aproximativo cognitivo, evitativo cognitivo y el aproximativo instrumental. E. Frydemberg (1997) afirma que las estrategias de afrontamiento pueden repercutir directamente sobre el estado de bienestar psicológico del sujeto. Los seres humanos se adaptan biológicos, psicológica y socialmente. El objetivo de la adaptación biológica es la supervivencia o estabilidad de los procesos internos La adaptación psicológica se dirige al mantenimiento de la propia identidad y la autoestima.

GRÁFICO N°6
MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADO POR LOS
ENFERMEROS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE HUACHO- PERÚ
ENERO - 2007



FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora. Enero 2007.

En el grafico N° 6 se puede observar los mecanismos de afrontamiento utilizados por el personal de Medicina son los de tipo aproximativo instrumental con un 100% (7) enfermeros que utilizan esta estrategia de afrontamiento frente al estrés, losa de uso bajo son los de tipo aproximativo afectivo, y los de tipo evitativo afectivo y los que se utilizan medianamente son los de tipo aproximativo cognitivo y los evitativos afectivos. la acción de afrontar, de hacer frente a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, etc. Es decir aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o

internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Los seres humanos se adaptan biológica, psicológica y socialmente. El objetivo de la adaptación biológica es la supervivencia o estabilidad de los procesos internos.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES- RECOMENDACIONES - LIMITACIONES

Las conclusiones a las que se llegaron en el presente estudio fueron las siguientes:

- ❖ En lo relacionado al nivel de estrés que experimentan los enfermeros podemos concluir que la mayoría del personal de Enfermería estudiado presentan un nivel de estrés Medio con ligera tendencia a Bajo, que puede traer serias consecuencias el desgaste físico y mental de estos profesionales, que podrían incidir en el deterioro inminente de su salud e influir en la calidad de atención que brindan los profesionales de Enfermería al paciente, familia y comunidad.
- ❖ Con respecto al I nivel de Síndrome de Burnout de los Enfermeros que laboran en los servicios de Medicina y emergencia se concluye que en los dos servicio estudiados hay un nivel medio a bajo del síndrome y en el servicio de emergencia se evidencia un paciente con nivel alto de síndrome de burnout lo que es preocupante ya que esta patología tiende a ir en aumento.
- ❖ Los Mecanismos de Afrontamiento que utilizan los enfermeros del Hospital Regional de Huacho en general se observa que hay un nivel alto del uso de mecanismos aproximativos de igual

manera se puede observar que hacen hay un nivel alto de uso de los mecanismos de afrontamiento evitativos lo que nos indica que los enfermeros equilibran los mecanismos de afrontamiento adaptativos con lo No adaptativos. El que más utilizan es el de tipo aproximativo afectivo y el que menos utilizan es el de tipo evitativo instrumental.

- ❖ .Con respecto al uso de mecanismos de afrontamiento utilizadas por los enfermeros según áreas de trabajo se puede concluir que los enfermeros del servicio de medicina hacen mayor uso de los mecanismos de afrontamiento de tipo aproximativo instrumental , además utilizan los mecanismos de afrontamiento de tipo afectivo y cognitivo y hacen un menor uso de los mecanismos de afrontamiento evitativos (no adaptativos), a diferencia del servicio de emergencia que utiliza con mayor frecuencia los mecanismos de afrontamiento aproximativo instrumental y aproximativo afectivo, pero también utilizan con gran frecuencia los mecanismos de afrontamiento no adaptativos de tipo evitativo afectivo y evitativo instrumental. según áreas, por lo que se puede concluir que los enfermeros que laboran en el servicio de medicina utilizan de mejor manera sus mecanismos de afrontamiento frente al estrés.

RECOMENDACIONES

- ❖ Realizar estudios de investigación similares sobre el tema ya que constituye un elemento importante para mejorar la calidad de atención que brinda el profesional de Enfermería.
- ❖ Realizar estudios de correlación de factores considerando los factores personales, factores laborales condicionantes internos y

externos para evitar el síndrome de burnout en el personal de salud teniendo una visión holística de la enfermera

- ❖ Realizar Estudios experimentales relacionados con el tipo de personalidad de cada enfermero y la forma como cada uno hace uso de sus mecanismos de afrontamiento según sus caracteres personales.
- ❖ Promover la implementación de programas preventivo promocionales dirigido al fortalecimiento y desarrollo psicológico y emocional de los enfermeros que trabajan en áreas críticas.
- ❖ Se recomienda hacer estudios referentes al tema en los diferentes servicios del hospital Regional de Huacho. y así poder valorar el nivel de Estrés y las autoridades elaboren y formulen programas de fortalecimiento de mecanismos de afronte frente al estrés.

LIMITACIONES

La principal limitación del presente estudio es:

Los resultados solo son validos para el grupo de estudio.

Referencias bibliográficas

- (1) (6) (8) (35) Gil-Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Aproximaciones Teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención Madrid: Ediciones Pirámide S.A. *Psicológica.com* 2001.
- (2) (5) (19) Maslach, C. y Jackson, S. (1997). Inventario "Burnout" de Maslach. Madrid: Editorial TEA.
- (3) (18) (9)(34) Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo síndrome de quemarse. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- (4) Valdez, y T. Flores, Psicología del Estrés,
Barcelona. Edit Martínez Roca.1995. Pág. 132-139.
- (10) SATSE Salud Laboral "La Enfermería esta enferma",
España. 1997. Págs. 1-2
- (11) María Elena Rendulich Talavera Síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, EsSalud Arequipa Lima 2002
- (12) Arauco Orellana, Gladis; Factores sociodemográficos y síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima 2004.
- (13) Carolina Aranda Beltrán, Manuel Pando Moreno, José G. y colab Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara México. 2004.
- (14) Francisco Javier Carmona Monje, Luis Javier Sanz Rodríguez y otros, Síndrome de Burnout y reactividad al estrés en una muestra de profesionales de enfermería de una unidad de cuidados Intensivos España 2000,
- (15) Juana Durand, Tula Espinoza, y colaboradores, Nivel de estrés en enfermeras en hospitales nacionales de Lima Metropolitana Lima 2002.

- (16) (25) Freudenberger HJ. Staff burnout. Journal of Social Issues 1974; 30:159-165.
- (17) (18) (20) Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions psychotherapy: Theory, Research and practice, 1975; 12:73-83.
- (19) (21) Maslach C. y Jackson S.E. Maslach Burnout inventory. Ed. Consulting Psychologists Press. 2 ed, Palo Alto California;1986.
- (22) (23) (24) Gil-Monte P, Peiró J. Desgaste Psíquico en el Trabajo. El Síndrome de quemarse. Editorial Síntesis, 1 ed, España;1997: 13-120.
- (25) (26)(40) Gil-Monte P, Peiró JM, Valcárcel P. Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. Revista de Psicología Social Aplicada 1996;2:37-57.
- (27)(28)(47)Pando M, Bermúdez D, Aranda C, Pérez J, et al. Síndrome del quemado en los trabajadores de la salud. Revista Salud y Trabajo 2000; 1:12-15.
- (29)(30)(42) OIT. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Organización Internacional del Trabajo. Informe del Comité Mixto OIT/OMS; 1984: 5-78.
- (31)(32)(33) De las Cuevas C, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz A, Coiduras E, González T, Moujir A, Rodríguez Ma. T. Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria. MAPFRE Medicina, 1995.
- (34)(45)(46)Lavango G. Burnout syndrome and type a behavior in nurses and teachers in sicily. Psychological Reports 1997; 81:523-528.
- (36)(37)(38)(43)IMSS. "Factores Psicosociales en el Ambiente de Trabajo". Serie de Folletos de Jefatura de Salud en el Trabajo 1986: 5-28, México.

(39)García M. Burnout en profesionales de Enfermería de Centros Hospitalarios. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones 1991; 7:3-12.

(40) (41) (43)(44)(48)(49)(50) Van Horn E., Schaufeli Wilmar B., Greenglass Esther R., et al. A Canadian dutch Comparison of teachers burnout.Psychological Reports 1997; 81:371-382.

E. Frydenberg. "Escala de afrontamiento frente al estrés" TEA Madrid 1996, Pág. 21

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ ARJONA, A. GUERRERO, S. "Etilos y estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación en adolescentes Málaga. 2001
- ❖ BELLA, L. "Manual de Psicoterapia breve Intensiva y de Urgencia" México. 1994
- ❖ BERMEJO, José Carlos "Humanizar la salud" Edit. San Pablo Madrid 1999
- ❖ CANALES F. "Metodología de la investigación' 2^{da} edición OPS .1994
- ❖ COOK J Fontaine "Enfermería Psiquiátrica" 2da. 2da. Edición, España. Edit. Mc Graw Hill.1993.
- ❖ DE SJARLAIS, Robert "Salud en el Mundo" OPS, Washington, 1997
- ❖ FRYDEMBERG, E .LEWIS,R. "Escala de afrontamiento frente al estrés" TEA Madrid 1996.
- ❖ GARCÍA, Juan Cesar "Pensamiento sociales Salud en América latina" OPS.1994.
- ❖ GOLMAN, Howard Psiquiatria General México Edit. Mundo Moderno.1994.
- ❖ LONG, 8. "Enfermería Médico Quirúrgica 3^{ra}, Edición, México. Edit. Interamericana.1997.
- ❖ MORRIS, G. "Psicología, un nuevo enfoque" Edit. Prentice may 9 edición México. 1997.
- ❖ PELECHANO,V.MATUD, "Estrés ,Personalidad y Salud' Edit Alfaplus Valencia.1997.
- ❖ POLIT Hungler "Investigación Científica en ciencias de la salud" Edit. Mc Graw Hill Interamericana 6^{ta} edición México.2000

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Nivel de síndrome de burnout del personal de enfermería	El síndrome refiere a un estado de deterioro o agotamiento producido por una demanda excesiva de los recursos físicos y emocionales del sujeto por una tarea laboral, particularmente las que implican relaciones interpersonales e intensas y continuas determinando que el trabajador se encuentre desbordado y sienta agotada su capacidad de reacción. A diferencia del estrés y la crisis, el Burnout, no siempre es reconocido por quien lo padece.	Agotamiento Emocional:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desgaste ❖ Fatiga ❖ Distanciamiento. ❖ Hostilidad ❖ Perdida Progresiva de la Energía ❖ Desadaptación ❖ Perdida de Recursos Personales. 	El síndrome de burnout es el estado de desgaste, deterioro profesional por excesiva recarga de trabajo que va a ser medido a través de la escala de Maslach	Alto
		Despersonalización	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Maltrato ❖ Ansiedad ❖ Insomnio ❖ Respuestas frías hacia los pacientes ❖ Ser distante ❖ Ser Impersonal ❖ Distanciamiento frente a los problemas ❖ Conflicto ❖ Insensibilización ❖ Pesimismo ❖ Cinismo 		Medio
		Falta de realización personal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Baja productividad ❖ Baja autoestima 		Bajo

<p>Mecanismo de afrontamiento frente al Síndrome de Burnout</p>	<p>Proceso que esta constituido por un conjunto de estrategias dinámicas y cambiantes dirigidas a la búsqueda o restablecimiento del equilibrio, ya sea actuando sobre las causas externas o internas que provocan la tensión y estrés de la persona cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para mejorar Las demandas especificas internas y/o externas que son evaluadas.</p>	<p>Afrontamiento Aproximativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Angustia ❖ Depresión ❖ Falta de competencia ❖ Ineficacia en el trabajo ❖ Baja autoestima ❖ Autocuestionamiento ❖ Depresión ❖ Tendencia a la huida <p>Aproximación Cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Buscar ayuda Profesional ❖ Fijarse en lo positivo ❖ Preocuparse. <p>Aproximación Afectiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Buscar Apoyo Social ❖ Invertir en Amigos Íntimos ❖ Buscar apoyo Espiritual ❖ Buscar Pertenencia. <p>Aproximación Instrumental</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Concentrarse y resolver el problema. ❖ Esforzarse y tener éxito. <p>Evitación Cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Hacerse Ilusiones. ❖ Falta de afrontamiento 	<p>Puede ser considerado como un mediador de la reacción emocional frente a situaciones estresoras; incluye tanto, mecanismos de defensa clásicos, como diversas conductas o estrategias para enfrentar los estados emocionales negativos; solucionar problemas, disminuir la activación fisiológica, etc.. Para medir los mecanismos de afrontamiento utilizaremos la escala de afrontamiento frente al estrés (ACS, de Frydenberg,</p>	<p>Aproximativos</p>
		<p>Afrontamiento Evitativo</p>		<p>Para medir los mecanismos de afrontamiento utilizaremos la escala de afrontamiento frente al estrés (ACS, de Frydenberg,</p>	<p>Evitativos</p>

			❖ Ignorar el problema Evitación Afectiva ❖ Autoinculparse. ❖ Reservarlo para si. Evitación Instrumental ❖ Reducción de la tensión ❖ Llevar a cabo acciones sociales y relajantes y/o distraerse físicamente.	E y Lewis, R)	
--	--	--	--	----------------	--

ANEXO B

MATRIZ GENERAL DE DATOS DEL CUESTIONARIO DE MALASH INVENTORY

ENFERMERO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	TOTAL
1	2	2	1	7	6	6	6	2	3	5	7	6	1	2	3	2	6	7	7	2	6	2	91
2	1	1	1	7	1	1	1	1	7	4	7	7	1	7	1	1	7	7	7	1	7	2	80
3	4	7	7	7	1	5	5	7	7	5	7	7	2	6	1	6	7	7	4	7	3	7	119
4	2	2	1	7	1	2	7	2	7	1	1	7	1	2	1	2	7	7	7	1	7	1	76
5	4	6	3	6	2	3	3	3	4	6	6	6	2	4	2	3	6	6	7	6	5	4	97
6	3	4	3	7	1	3	7	3	4	4	2	7	1	7	1	3	6	7	7	1	6	4	91
7	1	4	4	7	1	1	1	5	7	4	4	7	1	4	2	2	7	7	7	2	2	2	82
8	4	3	3	6	2	2	6	2	4	2	2	5	2	3	1	1	6	6	6	2	5	2	75
9	7	7	7	7	4	4	2	7	7	5	5	5	5	5	5	7	2	2	2	2	2	3	102
10	3	4	3	7	1	3	7	2	7	3	6	7	6	3	1	2	7	7	6	2	6	2	95
11	1	2	1	4	1	2	4	1	2	2	2	7	1	2	1	4	2	6	6	1	4	1	57
12	6	7	7	7	1	6	7	1	7	3	3	7	2	2	1	2	7	7	7	7	7	2	106
13	3	3	2	4	1	4	4	2	7	3	2	7	1	4	1	1	3	5	5	5	5	2	74
14	1	4	1	7	1	1	7	1	7	1	1	7	1	3	1	1	6	7	7	7	7	1	80
15	3	4	1	7	2	3	4	4	5	1	2	2	2	2	3	2	4	2	4	3	2	2	64
16	2	3	2	7	2	2	7	2	6	2	2	6	2	6	2	2	7	7	7	2	7	2	87
17	2	2	2	7	1	2	7	2	7	1	4	2	5	3	1	1	2	2	2	1	2	1	59
18	7	4	1	7	7	7	7	1	7	3	6	7	5	6	5	7	6	7	7	7	7	7	128

ANEXO C

MATRIZ GENERAL DE DATOS DEL CUESTIONARIO DE MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO APROXIMATIVOS

ENFERMERO	APROXIMACIÓN AFECTIVA								APROXIMACIÓN COGNITIVA					APROXIMACIÓN INSTRUMENTAL			
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17
1	5	4	4	1	1	2	4	4	1	3	4	4	4	5	4	5	5
2	2	3	5	1	1	2	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	3	3	5	1	3	3	3	2	4	4	3	4	4	4	5	4	5
4	2	3	4	5	1	3	4	2	4	4	4	4	5	5	4	5	5
5	5	4	1	2	1	4	4	1	4	3	4	4	4	5	5	5	4
6	3	2	4	2	1	3	4	2	4	2	3	4	4	5	5	5	5
7	3	3	4	4	1	2	4	5	5	5	2	3	5	5	4	5	5
8	3	3	2	2	1	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9	5	5	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4
10	4	2	4	1	1	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4
11	1	2	5	5	1	1	2	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5
12	5	2	5	3	1	3	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5
13	2	3	3	2	3	3	3	3	4	4	5	4	4	3	3	4	4
14	2	3	3	2	1	2	2	3	4	4	2	5	5	5	5	4	5
15	2	1	2	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	3
16	2	3	2	1	1	2	1	1	5	2	3	2	5	5	5	5	5
17	2	3	5	1	3	3	3	2	5	5	5	5	5	5	5	4	3
18	3	3	2	2	1	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
TOTAL	54	52	64	43	30	48	53	45	74	70	69	72	79	82	80	81	80

ANEXO C

MATRIZ GENERAL DE DATOS DEL CUESTIONARIO DE MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EVITATIVOS

ENFERMERO	EVITACIÓN COGNITIVA											EVITACIÓN AFECTIVA				EVITACIÓN INSTRUMENTAL										TOTAL
	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40			
1	1	5	5	4	1	1	4	4	5	4	5	4	5	3	5	1	2	5	5	2	5	5	5	86		
2	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	106		
3	2	4	4	3	5	5	4	5	5	5	3	3	3	1	1	2	2	5	3	4	4	3	2	78		
4	1	4	4	4	4	4	5	4	5	5	2	5	5	5	5	2	3	5	5	3	5	5	5	95		
5	2	3	4	3	5	4	5	3	3	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	94		
6	1	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	3	5	3	4	4	4	5	5	4	5	5	5	99		
7	1	3	3	5	5	5	5	4	5	5	4	3	3	2	4	2	2	5	5	4	5	1	2	83		
8	2	4	3	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	3	4	1	2	1	3	3	74		
9	3	2	3	2	3	1	5	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	75		
10	3	4	2	5	5	5	5	4	5	5	4	3	4	2	5	2	4	5	5	3	5	3	4	92		
11	1	5	5	1	5	5	1	1	5	5	1	5	5	4	5	1	3	3	5	1	5	1	1	74		
12	2	3	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	98		
13	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	3	3	5	5	3	5	4	3	101		
14	1	5	5	5	5	4	5	5	5	5	1	5	5	4	5	2	4	4	5	5	5	5	4	99		
15	3	5	3	5	3	5	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	5	5	4	5	4	4	5	90		
16	2	5	5	4	4	4	5	5	4	5	1	2	4	4	5	2	2	5	5	4	5	3	5	90		
17	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	3	3	2	5	5	5	5	5	5	104		
18	2	3	4	3	5	4	5	3	3	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	94		
TOTAL	37	74	72	72	79	76	80	73	80	82	60	73	78	68	78	43	52	85	80	68	81	70	71	1632		
	NO ADAPTATIVAS											NO ADAPTATIVAS														

ANEXO D

NIVEL DE SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS ENFERMEROS DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO- PERÚ ENERO - 2007

	TOTAL	PORCENTAJE
ALTO	1	6%
MEDIO	7	39%
BAJO	10	56%
TOTAL	18	100%

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora Enero 2007

ANEXO E

NIVEL DE SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS ENFERMEROS SEGÚN ÁREAS DE TRABAJO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO- PERÚ ENERO - 2007

NIVEL DE SÍNDROME DE BURNOUT	ENFERMEROS				TOTAL	
	EMERGENCIA		MEDICINA			
	N	%	N	%	N	%
ALTO	1	6%	0	0%	1	6%
MEDIO	3	17%	4	22%	7	39%
BAJO	5	27,78%	5	27,78%	10	55,56%
TOTAL	9	50%	9	50%	18	100%

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora Enero 2007

ANEXO F
MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADO POR LOS
ENFERMEROS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO- PERÚ
ENERO – 2007

CATEGORÍAS	AFRONTAM. APROXIMATIVO		AFRONTAM. EVITATIVO	
	N	%	N	%
ALTO	11	61,11	12	66,7
MEDIO	6	33,33	6	33,33
BAJO	1	5,56	0	-
TOTAL	18	100	18	100

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora Enero 2007

ANEXO F1

**MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADO POR LOS
ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE HUACHO- PERÚ
ENERO - 2007**

CATEGORIAS	EMERGENCIA											
	A.A		A.C		A-I		E.A		E.C		E.I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ALTO	0	-	7	64	9	81,8	11	100	6	54,5	10	90,9
MEDIO	1	9	4	36	2	18,2	0	-	5	45,5	0	0,0
BAJO	10	91	0	0,00%	0	0%	0	-	0	0%	1	9,1
TOTAL	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora Enero 2007

ANEXO F2

**TIPOS DE MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO MAS UTILIZADO
POR LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE
HUACHO- PERÚ
ENERO - 2007**

CATEGORIAS	MEDICINA											
	A.A		A.C		A-I		E.A		E.C		E.I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ALTO	1	14	4	57	7	100	3	42,9	3	42,8	3	42,9
MEDIO	4	57	3	43	0	-	3	42,9	4	57,14	3	42,9
BAJO	2	29	0	0,00%	0	0%	1	14,3	0	0%	1	14,3
TOTAL	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora Enero 2007

ANEXO G

TIPOS DE MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO MAS UTILIZADO
POR LOS ENFERMEROS DEL HOSPITAL REGIONAL DE
HUACHO- PERÚ
ENERO - 2007

CATEGORÍAS	AFRONTAM. APROXIMATIVO						AFRONTAM. EVITATIVO					
	A.A		A.C		A.I		E.A		E.C		E.I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ALTO	12	66,67	0	0%	0	0%	1	5,56	0	0%	2	11,1
MEDIO	5	27,78	7	38,89	2	11,11	3	16,67	9	50,0	3	16,7
BAJO	1	5,56	11	61,11	16	88,89	14	77,78	9	50,00	13	72,2
TOTAL	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100	18	100

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora Enero 2007

ANEXO H

MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO APROXIMATIVO AFECTIVO UTILIZADO POR LOS ENFERMEROS DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO- PERÚ ENERO - 2007

APROXIMACIÓN AFECTIVA	CATEGORÍAS						CATEGORÍAS					
	MEDICINA						EMERGENCIA					
	No lo Hago Nunca	Lo Hago Raras Veces	Lo Hago Algunas Veces	Lo Hago a Menu do	Con Much a Frecu encia	TOTAL	No lo Hago Nunca	Lo Hago Raras Veces	Lo Hago Algun as Veces	Lo Hago a Menu do	Con Much a Frecu encia	TOTAL
1. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	0	1	3	1	2	7	1	6	2	0	2	11
2. Reunirme y dedicar más tiempo a mis amigos.	0	1	4	1	1	7	1	3	6	1	0	11
3. Producir una buena impresión en las personas que me importan	0	1	0	5	1	7	1	3	2	1	4	11
4. Dejar que Dios se ocupe de mi problema	3	1	0	2	1	7	3	5	1	1	1	11
5. Buscar resolver mi problema leyendo un libro de alguna religión	5	0	1	1	0	7	8	0	2	1	0	11
6. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente	0	2	5	0	0	7	1	3	6	1	0	11
7. Pedir ayuda a los demás para enfrentar el problema	0	1	2	4	0	7	2	3	3	3	0	11
8. Preocuparme por mis relaciones con los demás.	0	3	1	2	1	7	4	3	3	1	0	11

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora Enero 2007

ANEXO I

MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO APROXIMATIVO COGNITIVO UTILIZADO POR LOS ENFERMEROS DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO- PERÚ ENERO - 2007

APROXIMACION COGNITIVA	CATEGORÍAS						CATEGORÍAS					
	MEDICINA						EMERGENCIA					
	No lo Hago Nunca	Lo Hago Raras Veces	Lo Hago Algunas Veces	Lo Hago a Menudo	Con Mucha Frecuencia	TOTAL	No lo Hago Nunca	Lo Hago Raras Veces	Lo Hago Algunas Veces	Lo Hago a Menudo	Con Mucha Frecuencia	TOTAL
9. 9. Pedir ayuda a mis padres y Familiares o un .consejo para que todo se resuelva	1	0	1	3	2	7	0	0	0	7	4	11
10. Dedicarme a resolver el problema positivamente	0	0	2	3	2	7	0	2	2	3	4	11
11. Preocuparme por mi tranquilidad	0	1	1	4	1	7	0	1	3	3	4	11
12. Pedir un consejo a una persona competente	0	0	2	4	1	7	0	1	1	5	4	11
13. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas.	0	0	1	3	3	7	0	0	0	6	5	11

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora Enero 2007

ANEXO J

**MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO APROXIMATIVO INSTRUMENTAL UTILIZADO POR LOS ENFERMEROS
DEL HOSPITAL REGIONAL DE
HUACHO- PERÚ
ENERO - 2007**

APROXIMACION INSTRUMENTAL	CATEGORÍAS						CATEGORÍAS					
	MEDICINA						EMERGENCIA					
	No lo Hago Nunca	Lo Hago Raras Veces	Lo Hago Algunas Veces	Lo Hago a Menudo	Con Mucha Frecuencia	TOTAL	No lo Hago Nunca	Lo Hago Raras Veces	Lo Hago Algunas Veces	Lo Hago a Menudo	Con Mucha Frecuencia	TOTAL
14. Tener una visión alegre de la vida.	0	0	0	3	4	7	0	0	2	1	8	11
15. Cumplir con mi trabajo asignado	0	0	0	5	2	7	0	0	2	1	8	11
16. Afrontar el problema	0	0	1	2	4	7	0	0	0	5	6	11
17. Dedicarme intensamente a mi trabajo	0	0	0	3	4	7	0	0	2	3	6	11

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora Enero 2007

ANEXO K

MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EVITATIVO AFECTIVO UTILIZADO POR LOS ENFERMEROS

DEL HOSPITAL REGIONAL DE

HUACHO- PERÚ

ENERO - 2007

EVITACION AFECTIVA	CATEGORÍAS						CATEGORÍAS					
	MEDICINA						EMERGENCIA					
	No lo Hago Nunca	Lo Hago Raras Veces	Lo Hago Algunas Veces	Lo Hago a Menudo	Con Mucha Frecuencia	TOTAL	No lo Hago Nunca	Lo Hago Raras Veces	Lo Hago Algunas Veces	Lo Hago a Menudo	Con Mucha Frecuencia	TOTAL
29. Criticarme a mi mismo y pensar que todo es difícil	0	0	3	3	1	7	0	1	1	3	6	11
30. Sentirme Culpable	0	0	3	2	2	7	0	0	0	4	7	11
31. Evitar que la gente se enteren del problema que tengo	1	2	1	2	1	7	0	0	1	6	4	11
32. Aparentar estar feliz	1	0	1	2	3	7	0	0	1	2	8	11

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora Enero 2007

ANEXO K

**MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EVITATIVO COGNITIVO UTILIZADO POR LOS ENFERMEROS
DEL HOSPITAL REGIONAL DE
HUACHO- PERÚ
ENERO - 2007**

EVITACIÓN COGNITIVA	CATEGORÍAS MEDICINA						CATEGORÍAS EMERGENCIA					
	No lo Hago Nunca	Lo Hago Raras Veces	Lo Hago Algunas Veces	Lo Hago a Menudo	Con Mucha Frecuencia	TOTAL	No lo Hago Nunca	Lo Hago Raras Veces	Lo Hago Algunas Veces	Lo Hago a Menudo	Con Mucha Frecuencia	TOTAL
18. Pensar en mi futuro	3	2	2	0	0	7	4	4	1	1	1	11
19. Desear que ocurra algo mejor	0	1	1	4	1	7	0	0	3	1	7	11
20. Me doy por vencido y me pongo mal	0	1	3	2	1	7	0	0	1	5	5	11
21. Llorar, gritar para aliviar la Tensión.	0	1	1	3	2	7	1	0	2	2	6	11
22. Huir del problema y aislarme	1	0	1	2	3	7	0	0	1	1	9	11
23. Aislarme del problema para Evitarlo.	2	0	0	2	3	7	0	0	0	4	7	11
24. Esperar que el problema se resuelva por si solo	0	0	0	3	4	7	1	0	1	1	8	11
25. No tengo forma de afrontar la Situación.	0	0	0	6	1	7	1	0	3	1	6	11
26. Ignorar el problema	0	0	1	1	5	7	0	0	3	1	7	11
27. No tener una perspectiva de la vida.	0	1	0	2	4	7	0	0	1	1	9	11
28. Soñar que las cosas irán mejorando	0	1	2	3	1	7	3	0	2	4	2	11

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora Enero 2007

ANEXO K

**MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EVITATIVO INSTRUMENTAL UTILIZADO POR LOS ENFERMEROS
DEL HOSPITAL REGIONAL DE
HUACHO- PERÚ
ENERO - 2007**

EVITACION INSTRUMENTAL	CATEGORÍAS MEDICINA						CATEGORÍAS EMERGENCIA					
	No lo Hago Nunca	Lo Hago Raras Veces	Lo Hago Algunas Veces	Lo Hago a Menudo	Con Mucha Frecuencia	TOTAL	No lo Hago Nunca	Lo Hago Raras Veces	Lo Hago Algunas Veces	Lo Hago a Menudo	Con Mucha Frecuencia	TOTAL
33. Encontrar una forma de relajarme, con algún tipo de actividad	1	5	0	1	0	7	3	2	4	1	1	11
34. Concentrarme en hacer deporte.	0	3	3	1	0	7	2	2	3	2	2	11
35. Beber alcohol y fumar para sentirme Mejor.	0	0	0	2	5	7	0	0	1	1	9	11
36. Incluirme en grupo de amigos e imitar su forma de ser o dejar que ellos Decidan por mí.	1	0	2	0	4	7	0	0	0	2	9	11
37. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades	0	2	2	3	0	7	1	0	1	3	6	11
38. Trasladar mis frustraciones a otros.	1	0	1	1	4	7	0	0	0	2	9	11
38. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo	1	0	3	1	2	7	1	0	1	3	6	11
39. Sufro dolores de cabeza o de Estómago.	0	2	2	1	2	7	1	0	1	2	7	11

FUENTE: Encuesta realizada por la investigadora Enero 2007

FORMULARIO A

INVENTARIO DE MALASH INVENTORY

Introducción:

Estimado Licenciada(o)

A continuación se le presenta una serie de enunciados sobre como se siente Ud emocionalmente en el trabajo. Léalos atentamente y luego marque con un aspa (x) en el casillero que Ud considere correcto.

Agradezco su colaboración, garantizándole que la información que Ud. nos brinda es anónima y estrictamente confidencial.

1. Datos Generales

1.- Servicio donde labora:

2.- Edad.....3.- Sexo F () M ()

4.- Estado Civil: S () C () V () D ()

5.- Tiempo de Servicio en la Institución:

6.- Tiempo que labora en el Servicio:

CONTENIDO:

ENUNCIADOS	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días
1) Me siento emocionalmente cansado por mi trabajo en el servicio.							
2) Cuando termino mi turno en el servicio me siento agotado.							
3) Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otro día de trabajo me siento cansado.							
4) Comprendo lo que los pacientes sienten.							
5) Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos que no me pertenecen.							
6) Siento que trabajar todo el día con los pacientes me cansa.							
7) Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							

ENUNCIADOS	Nunca	Pocas veces al año	Pocas veces al mes o menos	Una vez al mes o menos	Varias veces al mes	Varias veces a la semana	Todos los días
8) Siento que mi profesión me esta desgatando.							
9) Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.							
10) Siento que me he vuelto más duro con la gente.							
11) Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente							
12) Me siento con mucha energía al realizar mi trabajo.							
13) Me siento frustrado por mi trabajo de enfermera							
14) Siento que dedico mucho tiempo a mi trabajo.							
15) Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.							
16) Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17) Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18) Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
19) Creo que consigo muchas valiosas en este trabajo.							
20) Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21) Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.							
22) Me parece que los pacientes me culpan de algunos problemas							

FORMULARIO B

PERFIL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO MODIFICADO

INSTRUCCIONES:

En este formulario se le presentan formas como las personas afrontan sus problemas o preocupaciones en el trabajo marque la casilla correspondiente según considera correcto. Responda de forma rápida sin repensar la misma pregunta.

E N U N C I A D O S	NO ME OCURRE O NO LO HAGO NUNCA	ME OCURRE O LO HAGO RARAS VECES	ME OCURRE O LO HAGO ALGUNAS VECES	ME OCURRE O LO HAGO A MENUDO	ME OCURRE O LO HAGO CON MUCHA FRECUENCIA
1. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él					
2. Reunirme y dedicar más tiempo a mis amigos.					
3. Producir una buena impresión en las personas que me importan					
4. Dejar que Dios se ocupe de mi problema					
5. Buscar resolver mi problema leyendo un libro de alguna religión					
6. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente					
7. Pedir ayuda a los demás para enfrentar el problema					
8. Preocuparme por mis relaciones con los demás.					
9. Pedir ayuda a mis padres y Familiares o un .consejo para que todo se resuelva					
10. Dedicarme a resolver el problema positivamente					
11. Preocuparme por mi tranquilidad					
12. Pedir un consejo a una persona competente					
13. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas.					
14. Tener una visión alegre de la vida.					
15. Cumplir con mi trabajo asignado					
16. Afrontar el problema					
17. Dedicarme intensamente a mi trabajo					
18. Pensar en mi futuro					
19. Desear que ocurra algo mejor					
20. Me doy por vencido y me pongo mal					
21. Llorar, gritar para aliviar la tensión.					
22. Huir del problema y aislarme					
23. Aislarme del problema para evitarlo.					

E N U N C I A D O S	NO ME OCURRE O NO LO HAGO NUNCA	ME OCURRE O LO HAGO RARAS VECES	ME OCURRE O LO HAGO ALGUNAS VECES	ME OCURRE O LO HAGO A MENUDO	ME OCURRE O LO HAGO CON MUCHA FRECUENCIA
24. Esperar que el problema se resuelva por si solo					
25. No tengo forma de afrontar la situación.					
26. Ignorar el problema					
27. No tener una perspectiva de la vida.					
28. Soñar que las cosas irán mejorando					
29. Criticarme a mi mismo y pensar que todo es difícil					
30. Sentirme Culpable					
31. Evitar que la gente se enteren del problema que tengo					
32. Aparentar estar feliz					
33. Encontrar una forma de relajarme, con algún tipo de actividad					
34. Concentrarme en hacer deporte.					
35. Beber alcohol y fumar para sentirme mejor.					
36. Incluirme en grupo de amigos e imitar su forma de ser o dejar que ellos decidan por mí.					
37. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades					
38. Trasladar mis frustraciones a otros.					
39. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo					
40. Sufro dolores de cabeza o de estómago.					

Gracias por su colaboración

FORMULARIO C

Proyecto de Investigación: relación que existe entre el nivel de burnout del personal de enfermería, y sus mecanismos de afrontamiento, en el Hospital Regional de Huacho- 2006.

Lugar y Fecha:.....

Por medio de la presente acepto participar como objeto de estudio en el Proyecto de Investigación titulado relación que existe entre el nivel de burnout del personal de enfermería, y sus mecanismos de afrontamiento, en el Hospital Regional de Huacho- 2006.

Se informará sobre los riesgos y beneficios derivados de la participación de la población en el estudio. en donde el investigador se comprometerá a brindar información sobre cualquier procedimiento que altere o pudiera ser ventajoso para la población de estudio, así como aclara cualquier duda que plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, entendiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, además los datos serán manejados de forma confidencial.

Nombres Apellidos.....

DNI

.....

Firma.

LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Para calcular la validez se debe obtener la validez de contenido. Para obtener validez de contenido se tiene que revisar como ha sido tratada esta variable por otros investigadores anteriormente. Segundo, elaborar un universo de items tan amplio como sea posible, para medir la variable en todas sus dimensiones. Posteriormente, se consulta con investigadores familiarizados con el tema y la variable a medir para ver si el contenido es exhaustivo, por un juicio de expertos, en esta investigación encontramos dos cuestionarios uno anteriormente validado el de Malash Inventory y uno por validar el de Perfil De Estrategias De Afrontamiento Modificado, En cuanto a la confiabilidad del instrumento de perfil de afrontamiento, se tiene que estadísticamente fue descrito cada número de elementos de la escala, la media de las puntuaciones directas en cada escala, la desviación típica de las puntuaciones directas, los coeficientes de consistencia interna de Crombach (alfa) y los coeficientes de fiabilidad test- retest ($rrx = 0.68$).